

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA
ESTUDOS DA SUBJETIVIDADE

Wagner da Costa Sousa

ENTRE BIOPOLÍTICAS E BIOPOTÊNCIAS:

Uma cartografia dos processos de produção de saúde no Rio de Janeiro.

NITERÓI

2012

Wagner da Costa Sousa

**ENTRE BIOPOLÍTICAS E BIOPOTÊNCIAS:
Uma cartografia dos processos de produção de saúde no Rio de Janeiro.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Estudos de Subjetividade, do Instituto de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal Fluminense, como requisito final para obtenção do título de mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Cláudia Elizabeth Abbês Baêta Neves.

NITERÓI

2012

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

S725 Sousa, Wagner da Costa.

Entre biopolíticas e biopotências: uma cartografia dos processos de produção de saúde no Rio de Janeiro / Wagner da Costa Sousa. – 2012.
118 f.

Orientador: Cláudia Elizabeth Abbês Baêta Neves.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2012.

Bibliografia: f. 105-108.

1. Saúde pública. 2. Humanização dos serviços de saúde.
3. Biopolítica. I. Neves, Cláudia Elizabeth Abbês Baêta.
II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. III. Título.

CDD 614.098153

Wagner da Costa Sousa

**ENTRE BIOPOLÍTICAS E BIOPOTÊNCIAS:
Uma cartografia dos processos de produção de saúde no Rio de Janeiro**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª CLÁUDIA ELIZABETH ABBÊS BAÊTA NEVES

Prof. Dr. EDUARDO HENRIQUE PASSOS PEREIRA

Prof^ª. Dr^ª MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS

Prof^ª. Dr^ª SILVANA MENDES LIMA

NITERÓI, 27/08/2012

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AFL-CIO - FEDERAÇÃO AMERICANA DO TRABALHO E CONGRESSO DE ORGANIZAÇÕES INDUSTRIAIS

(do inglês *American Federation of Labor and Congress of Industrial Organizations*)

CH – COMITÊ DE HUMANIZAÇÃO

CNS – CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

CTH-RJ – CÂMARA TÉCNICA DE HUMANIZAÇÃO DO RIO DE JANEIRO

HFSE - HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO

IAP – INSTITUTO DE APOSENTADORIA E PENSÕES

IAPAS – INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

INPS – INSTITUTO NACIONAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

INAMPS – INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

IPASE – INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO

LOPS – LEI ORGÂNICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOB – NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

PNH – POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

SINPAS – SISTEMA NACIONAL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DEDICATÓRIA

À minha **avó Maria** e a seu **sotaque pernambucano**. Esta que foi uma das primeiras a desenhar afetos comigo, quando eu ainda nem sabia contar os números:

- A água do mar é viva ou morta?
(Cara de interrogação)
- Viva! E quando a gente coloca no copo?
- Morta, vovó?
- Morta! É que ela perde as forças quando está presa dentro do copo.

- Ic... Ic... Ic... (solução)
- Oh, meu filho, seu avô quer ter uma conversa com você. *(voz séria)* Ele quer saber por que você anda mexendo no segredo do cofre dele.
(Expressão de susto no rosto. Olhos estatelados)
- Oh, vovó, eu não mexi em cofre *nium* não *(expressão tensa no sotaque pernambucano)*.
- Tá vendo, meu filho, como passou o solução!

Muitos anos mais tarde, ela recusara uma indicação arriscada de cirurgia, aos 80 anos.

- Cirurgia na minha idade meu filho, quem aguenta?

Isto lhe rendeu alguns anos a mais. Em nossos últimos encontros, uma centelha de vida soprou sua alma e arrancou cada um de nós que estávamos ali, de nós mesmos. Sentada, perguntou:

- Meu filho, você já é psicólogo? Quanto é que *cê* cobra?
Os olhos de todos se voltaram para mim.
- Depende, vovó, não tem um valor fixo, por quê?
- Ah, mas você não pode me tratar. Eu sou família.

Sua despedida foi escrita no boletim com o nome de parada cardio-respiratória, mas cada um criou para si seus próprios nomes. Esta escrita foi entrecortada pela centelha de vida ecoada em nossos últimos encontros. Nesta dissertação, portanto, não se despede, mas se encontra, a cada virada de página, cheiros de sereno em Olinda, cadeiras de balanço e texturas das memórias de infância. Nossos últimos encontros-potência. Valeu, vovó!

AGRADECIMENTOS

A Ivanildo Sousa e Rosilda Sousa, ou simplesmente, papai e mamãe. Estes que me ensinaram a amar sem perder o rigor da vida. Aos irmãos queridos: Junior (uma bússola de vida); Fábio (ser filho seu deve ser uma alegria) e Marília (só os que enxergam conseguem ver o diamante reluzente que aí há)

Ao Pedro, sobrinho querido, que me ensina a escutar com o corpo (por que será que meu olho não quer fechar?) e me cobra as ausências (mas tio Baguete, você tá demorando muito com esse trabalho); Julia, que me ensinou a entortar as palavras bem antes que eu conhecesse Manoel de Barros (tio Baguete, eu quero ficar aqui duas vezes). Centelhas de criatividade que se expandem a cada encontro em que se grita: tio bagueeeeeeeeeete! A Isabela e seu olhar que atravessa o corpo como uma flecha certa. A Marcela e sua fibra, a Ygara e sua sensibilidade que acolhe no laço (e no braço) os desafios de uma vida.

Ao Jerônimo, amigo de partilha nas experiências e nos devaneios (Tamo Junto!); a Diana e suas falas certas que me fazem calar (vamos tomar um café?); ao grupo Klinamen que solta a minha onda clínica com rigor!

À Williana, pelos dias e horários de “help” mais inusitados (sextas à noite e madrugadas da vida)... Minha análise de implicações é loira!

Aos aliados do HFSE, a quem fui pouco a pouco aprendendo a chamar de amigos. Especialmente à Aline e toda a sua aceleração que me centra, Ricardo e sua potência Nietzscheana (dá pra juntar Nietzsche e filosofia budista sim), Elaine e seu carinho de mãe (“Claro que dá meu querido”), Gabi, Carlos Ruas, Sassá, Mirian, Juçara... Aos novos amigos Clinete Lacativa, Georgea Riff, Marcelo Cagy e Alana Costa, que sem saber poliram minhas lentes para que eu conseguisse ver o que já estava ali.

Especialmente a dois amigos de combate. Eva Machado (uma ave que me ensina a olhar longe e a curvar como coqueiro baiano diante da ventania) e ao Miguel (quantas caronas mais iremos pegar na vida?);

A Thatiana Possas, com quem aprendo a cada dia a sabedoria encarnada de uma experiência pública. (Oi, meu amor!)

Aos amigos da Câmara Técnica de Humanização, força coletiva! Sandra (e sua alegria), Lucia (com sua calma), Raquel (potência de vida) Silvia (prudência), Simone (o trabalho é o mesmo, mas os seus cabelos...), Andrea (cadê o tamborim), Regina (e seu jeito sereno de quem sabe o que quer), Cristiane (de longe está pertinho), Alice (carona sábia), Patrícia (e suas pérolas), Élida ("Vamos tomar mais um chopp?")... a todos os outros e ao corpo informe que mantém este fórum funcionando em plena potência há quase dez anos!

A Giselle (quem botou você no mundo sabia que era para mim) e Amanda (foi chegando devagarzinho e de repente, já *tô* no doutorado amigo! Você chega longe).

Ao Programa de Pós-Graduação e, sobretudo, à UFF... Experiência de vida! Ao Edu (sai desse lugar menino. É Tai Chi Chuan), a Beth (Isso meu filho! Já *tô* com saudades. Nossos encontros vibram meu corpo) e a Silvana (alimento para minha vida). A Márcia (como está o garoto?), Rita e Bia ("Oi, meu querido!"); ao grupo de orientação, Monalisa, Alexandre, Lucas, Márcia, Paulo, Miguel (mais uma vez);

Aos amigos que fiz nesta caminhada e que sustentaram meu silêncio, minhas inquietações, Elisa (menos Wagner), Matheus (qual a diferença entre afeto e linguagem?), Thaise (fecha a porta Wagner), Nicolle ("Eu te entendo, meu querido")... E, ainda, Daniel, Caio, Bruno, Helder. Amigos que vem e que vão, mas que nos sustentam.

Agradeço a CAPES pela bolsa que me permitiu esta pesquisa.

Por fim, a analista, orientadora, professora, supervisora e amiga... a todas estas linhas que se expressam em intensidades diferentes e inesperadas, que vaticinam o mundo e dançam como estrelas bailarinas explodindo em instantes de Cláudia Abbês! Nitroglicerina em estado de expansão. Poderia resumir nossos encontros numa fala de Foucault citando Sócrates: *Onde o professor diz: eu sei e tu me escutas, Sócrates vai dizer: eu nada sei e se eu me ocupo de ti, não é para transmitir o saber que te falta; é para que compreenda que nada sabes e aprendas por isso a te ocupar de ti mesmo.* Com você venho aprendendo, a cada dia, a des-saber as coisas, a lapidar meus instrumentos para a prática da vida... Afinal de contas, é esta a arte de um mestre!

Sim, mas não esquecer que para escrever não-importa-o-quê o material básico é a palavra. Assim é que esta história será feita de palavras que se agrupam em frases e destas se evola um sentido secreto que ultrapassa palavras e frases. É claro que como todo escritor, tenho a tentação de usar termos suculentos: conheço adjetivos esplendorosos, carnudos substantivos e verbos tão esguios que atravessam agudos o ar em vias de ação, já que palavra é ação, concordais? Mas não vou enfeitar a palavra... Que ninguém se engane, só se consegue a simplicidade através de muito trabalho (Lispector, 2006)

RESUMO

Esta dissertação visa a uma atualização dos desafios a serem enfrentados pela saúde pública no Rio de Janeiro. Para isto, parte de uma experiência numa unidade federal de alta complexidade e busca evidenciar tensionamentos nos processos de trabalho, nos modos cristalizados de pensar e produzir saúde, nos bloqueios de processos de mudança. Embates da experiência concreta. Esta dissertação visa à criação de modos de fazer que promovam os enfrentamentos destes desafios. Para isso, foi-se desenhando, em meio ao processo de escrita, maneiras, artifícios, “armas metodológicas” com a função de instrumentalizar os trabalhadores em seus embates, aumentando a capacidade de resposta ante aos desafios que emergiam. Esta dissertação recusa o caráter estático das práticas de pesquisa, de trabalho e de vida. Não é um mapa (ou um mapeamento), e sim uma cartografia que vai acompanhando as mudanças nos cenários destes embates (os desafios que emergem e os respectivos enfrentamentos). Alinhavamos, então, estes embates em quatro movimentos: (1) **O sobrevoo na história de constituição do sistema único de saúde (SUS)** – Traz a proposta de um aquecimento da discussão remontando a história de constituição do SUS, atualizando as frentes de embate e lançando ao final, a Política Nacional de Humanização (PNH) como uma arma metodológica que aposta no fortalecimento do sistema; (2) **O Mergulho nas águas da Guanabara** – Entrada numa experiência de funcionár(io) público, evidenciando os tensionamentos entre as estratégias de intervenção e os efeitos produzidos por elas; (3) **A Travessia pelos Mares da Biopolítica**, momento em que aumentamos a intensidade da nossa imersão conceitual para lançar luz sobre os efeitos da nossa experimentação, reinventando desvios e reconstruções em nossas práticas de intervenção; e (4) **O Pouso na Câmara Técnica de Humanização**, fechamento do percurso de pesquisa e análise desta ferramenta que vem se constituindo como um fórum potente para colocar em análise os processos de intervenção no cenário da saúde carioca.

Palavras-Chave: Saúde Pública, Humanização, Biopolítica.

ABSTRACT

This dissertation intends to bring forward some of the challenges faced by the public health system of Rio de Janeiro. To accomplish that, starting from an experience in a high complexity federal unit, it tries to show clearly the tensions in the working processes, in the crystallized modes of thinking and producing health, in the obstructions of changing practises. Clashes of the concrete experience.

This dissertation intends to create doing modes which promote confrontation of these challenges. To accomplish that, manners, artifices, "methodological weapons" have been delineated amid the writing process, instrumentalizing the workers to face their clashes, amplifying their response capability in the presence of the emerging challenges.

This dissertation refuses the stactic characterisc of research practices, of work and of life. It is not a map (or a mapping) but a cartography that accompanies the scenery changes of these clashes (the challenges emerge with its respective clashes). Then, we delineate these clashes in four movements: (1) Flying over the history of the Unified Health System (*“Sistema Único de Saúde - SUS”*) establishing process - Proposes a warming up of the discussion, rebuilding the history of SUS formation, bringing forward the clashes fronts and launching the Humanization National Politics (Política Nacional de Humanização - PNH) as a methodological weapon that invests in strengthening the system; (2) Diving in the waters of Guanabara - Ingression on an experience of public function (ary), making the tensions evident amid the intervention strategies and the effects they produce; (3) Crossing the Biopolitic Seas, where we increase the intensity of our conceptual immersion, to shed light on the effects of our experimentation, reinventing deviations and reconstructions in our intervention practices; and (4) Landing on the Technical Chamber of Humanization (*“Câmara Técnica de Humanização”*), closing of this research course and analysis of the forum, which has become a powerful tool to put in question the intervention processes in the health scenario in Rio de Janeiro.

Keywords: Public Health, Humanization, Biopolitics.

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	13
I.	O SOBREVIVO NA HISTÓRIA DE CONSTITUIÇÃO DO SUS.....	15
II.	O MERGULHO EM ÁGUAS DA GUANABARA.....	28
	II.1 UMA ENTRADA EM CAMPO.....	29
	II.2. O REPOSICIONAMENTO ESTRATÉGICO.....	39
III	A TRAVESSIA PELOS MARES DA BIOPOLÍTICA.....	44
	III.1 DES(A)FIANDO A MATÉRIA-PRIMA.....	46
	III.2 DAS RELAÇÕES ENTRE PODER E VIDA NO CONTEMPORÂNEO.....	49
	III.3 O PODER QUE PEGA.....	50
	III.4 PARADOXO DE VIDA E MORTE NO CONTEMPORÂNEO.....	54
	III.5 VIDA E MORTE NO PARADOXO DO CORPO CRIATIVO.....	61
	III.6 PARADOXO DE VIDA E MORTE NO CORPO BLINDADO.....	66
	III.7 RETOMANDO AS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO.....	74
IV	O POUSO NA CTH-RJ.....	78
	IV.1 AJUSTANDO A BÚSSOLA.....	81
	IV.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO MOMENTO HISTÓRICO DA CTH.....	83
	IV.3 A QUE VEIO A CTH.....	91
	DESEMBARCANDO.....	103
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
	APÊNDICE.....	110

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa pretende traçar uma cartografia de algumas armas metodológicas, criadas em construção coletiva, como resposta aos desafios enfrentados no cenário da saúde do Rio de Janeiro.

Em diferentes momentos, este percurso nos indicou a necessidade de construção de “modos de fazer” enfrentamentos que foram se moldando de acordo com as características e interações próprias de cada momento-intervenção. A isto denominamos de armas metodológicas. Em cada uma destas armas há marcas impregnadas de um coletivo, vozes polifônicas típicas de uma multidão. Barulho! Ruídos. Amplificações e abafamentos.

Esta dissertação se inscreve em meio à construção destes “modos de fazer” a partir de quatro movimentos:

O sobrevoo na história de constituição do Sistema Único de Saúde: Nela há a aceleração típica de quem está em alta velocidade. Neste movimento as minúcias são deixadas de lado para que possamos acessar um caráter mais amplo de constituição desta história. Não com menos detalhes, mas com o olhar diferenciado que necessita ser explorado. Em alta velocidade enxergamos composições, contornos e urdiduras diferenciadas que se imantam na perspectiva de atualizar os desafios enfrentados pelo sistema de saúde. E surge, ao final do sobrevoo, a Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção à saúde como uma arma metodológica para enfrentamento dos desafios do SUS no contemporâneo.

O mergulho em águas da Guanabara: Do sobrevoo, mergulhamos numa experiência de intervenção numa unidade de saúde da rede federal do Rio de Janeiro. Experiência de funcionar (io) público. Nela também há acelerações, mas também lentidões e repousos. Diferentes velocidades que exploramos na perspectiva de fazer uma análise desta experiência. Entre encontros-potência e arrefecimento do processo de intervenção, por algumas vezes a visão foi ficando turva. Experimentamos o calor e a frieza destas águas. E

aprendemos a dizer que rir com a boca banguela é outro tipo de riso (Levis Strauss, vindo ao Rio, declarou que a baía de Guanabara parecia uma boca banguela). Um riso que tem funk, que tem mangue, que tem vida. Um riso diferente. Foi isto que nos permitiu apreender outro modo de ver esta entrada: “O que está turvo não é profundidade das águas, é embaçamento do campo de análise”. E eis que surge a pergunta: como desembaçar o campo de análise dos processos de trabalho em águas turvas cariocas?

A travessia pelos mares da biopolítica – A pergunta nos jogou na turbulência da discussão biopolítica. Em paradoxos vamos retomando a discussão que chega a uma interessante constatação: É no momento que entramos nesta turbulência que conseguimos fincar os pés no chão. Apreendemos pela turbulência das águas uma suavidade na relação do corpo com o trabalho. Não descobrimos apenas que o elemento turvo embaça a superfície da água, mas também que ele serve, muitas vezes, de matéria orgânica para manutenção de vida. Este foi, portanto, um movimento de construção de filtros com prudência para barrar impurezas arrefecedoras e porosidade para fazer vaziar vida em vontade de potência.

O pouso na Câmara Técnica de Humanização do Rio de Janeiro – No fechamento deste percurso, pousamos na Câmara Técnica de Humanização do Rio de Janeiro. E no momento do pouso relembramos que em toda história desta travessia foi a CTH que muitas vezes construiu, a várias mãos, asas de sustentação (para o sobrevoo), óculos de mergulho (no momento de mergulho) e pranchas de surfe (para deslizar nas águas turbulentas). Isto nos instigou a conhecer um pouco mais a história deste fórum que vem se constituindo como uma fábrica, ou melhor, uma oficina para montagem de maquinas e outros artifícios que os homens, quando se juntam, conseguem inventar para fazer a vida expandir.

Convidamos você também para, mergulhando neste voo, poder pousar na construção de “fazer” para a saúde coletiva, mental, sua, minha, de todos e qualquer um, já que esta travessia nos mostrou que uma oficina pode ser criada em qualquer terreno baldio quando se produz desejo em meio ao fazer!

I DO SOBREVIVO

SUS TENTANDO UMA HISTÓRIA
(e atualizando-a)

A Experiência de um Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS) acumula seus quase vinte e cinco anos com avanços históricos, consolidações marcantes e desafios singulares a seu próprio processo de constituição. Passadas mais de duas décadas, o SUS se apresenta como o maior sistema público de saúde do mundo, garantindo acesso exclusivo a mais de 145 milhões de usuários nos atendimentos básicos, de média e alta complexidade, para todos e qualquer um.

Nem sempre foi assim. Antes do advento do SUS os cálculos sanitários costumavam dividir os brasileiros em basicamente três tipos: os que possuíam recursos próprios para manter assistência privada, os que acessavam o direito à assistência médico-previdenciária no momento em que conseguiam um trabalho com carteira assinada, e uma terceira parcela (de maior contingente) que não possuía nenhum tipo de cobertura assistencial, tendo de recorrer aos tradicionais boticários, à filantropia ou à caridade das casas de saúde.

O sistema que hoje é responsável por uma cobertura de proporções continentais emerge na carta constitucional de 1988 como cláusula pétrea e irrevogável. Resultado de um movimento político que foi se aglutinando ao longo das décadas anteriores e chega na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) com o nome de Reforma Sanitária. A luta, no entanto, estava apenas começando. Após a promulgação da carta constitucional seria preciso tecer todo processo de transição.

Era necessário abrir passagem para dar condições de efetuação a um sistema de saúde ainda inédito no país. Descentralizar o sistema das mãos do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), dando poderes de gestão plena aos entes federativos (estados, municípios e união), efetivar a participação popular no processo, equacionar as formas de financiamento, construir leis infraconstitucionais para operacionalização do sistema.

A primeira grande missão era tirar do papel uma lei explicativa do SUS constitucional, para que ele oficialmente pudesse começar a funcionar, pois ainda vivíamos com o preceito do SUS, mas com as regras e práticas do SUDS. Foi a fórceps que conseguimos ter uma redação comum construída a muitas mãos. Quem disser que escreveu a Lei 8080 está no mínimo faltando com a verdade. Fomos vários os escritores: uns com ideias, outros com críticas, e outros escrevendo a

síntese da idéias. Foi uma construção coletiva que culminou com o projeto da lei 8080, que teve como eixo as propostas do Movimento Municipalista de Saúde da década de 70, da Reforma Sanitária e das deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde da década de 80. (Carvalho, 2011)

Em espírito coletivo foram redigidas proposições para a lei 8080 (1988-1990). A famosa lei orgânica da saúde tecia, artigo por artigo, as bases de sustentação do sistema. A aprovação do texto legal caminharia pelos passos dos acordos e da sabatina político-partidária no congresso para, num segundo momento, receber sanção presidencial.

O final dos anos 80 vem, no entanto, com uma forte demanda de expurgar os gastos da máquina do Estado. Efeito de todo um período de retenção econômica. O início desta década nasce com a ressaca econômica e financeira de um governo militar em ruínas. O milagre econômico chegava ao fim escancarando seus efeitos: achatamento das políticas sociais e recessão financeira.

Em meio ao desgaste econômico, havia toda uma tensão instituinte para promover o processo de democratização, remontar valores, princípios e diretrizes gerais do país em uma Constituição Federal. Inflações altas e estoque de alimentos convivem lado a lado com bandeiras de movimentos sociais, MST, índios no planalto, Diretas Já. Como equilibrar as contas públicas e garantir os direitos sociais alinhavados e construídos durante este período?

As conversas sobre Estado mínimo começavam a cair como luva no final deste período. Início do governo Collor. Enfim, desembarcaram no Brasil as releituras do liberalismo clássico, um neoliberalismo propagandeado durante os anos anteriores na imagem de um presidente carismático (Ronald Reagan), uma dama de ferro (Margaret Thatcher) e difundido como modelo econômico pelos organismos multilaterais (FMI, Banco Mundial).

Em terras sub-equatorianas, o Chile econômico de Pinochet (não mais o político¹) era o grande exemplo de que a América Latina também podia dar certo. Estado mínimo, corte de gastos públicos, contenção e achatamento das proteções sociais. A onda neoliberal se energizava no cenário nacional brasileiro como solução para o caos econômico que atravessaria os anos 80 de ponta a ponta. Poderia o SUS caber neste pacote?

Sob a alegação de que era preciso dar um *ippon*² na inflação e conter os gastos, a lei orgânica da saúde recebe veto presidencial nos artigos referentes ao financiamento e participação popular. Mesmo previsto em texto constitucional, estes pontos persistiam como tensão instituinte entre o movimento de reforma sanitária e a onda que paralisara os projetos sociais alegando enxugamento dos gastos da máquina de Estado. Dar *ippon* na inflação significaria golpear a saúde e seu financiamento?

Uma oposição se montara, paralisando o andamento e aprovação da lei orgânica. Redatores do projeto de lei (congressistas e sanitaristas) não aceitavam o veto determinado pelo presidente Collor. Este, por sua vez, não cedia. Uma indefinição se arrastava pelas velhas gavetas burocráticas da nova democracia.

Em tempos onde os textos constitucionais eram, por vezes, esquecidos em nome de golpes de artes marciais, seria preciso ter uma “ousadia para cumprir e fazer cumprir a lei”. Este foi o lema puxado pelo movimento da reforma sanitária para manter aquecida a força

¹ Após o golpe que derrubou o governo socialista anterior (Salvador Allende), inicia-se no Chile o governo militar liderado por Augusto Pinochet (1973/1990). Este é marcado por uma intensa repressão político-social e pela implantação de uma base econômica denominada “o ladrilho”. Desenham-se então os primeiros movimentos do que ficou conhecido como a releitura do liberalismo clássico ou o neoliberalismo, no mundo. Entre especulações, repressões e muita crise, o Chile monta um parque industrial e consegue chegar ao início da década de 90 equilibrando as contas públicas. O Chile deixa para o início da década de 90 duas memórias: uma das ditaduras mais violentas e uma economia razoavelmente estabilizada. É neste segundo aspecto que a mídia brasileira vai se debruçar, durante a década de 90, para montar a imagem do Chile como um modelo econômico a ser seguido, esquecendo um pouco as bases sob as quais este modelo fora montado.

² Amante de artes marciais, Fernando Collor volta de sua primeira viagem internacional empolgado com as aulas de judô e karatê que tivera no Japão e com uma ideia fixa na cabeça: dar um *ippon* na inflação que, dia-a-dia, assustava com seus saltos galopantes. *Ippon* é um termo designado para caracterizar, em artes marciais, os golpes perfeitos. Em muitos casos encerram as lutas, conferindo vitória ao aplicador do golpe.

instituinte que tornou possível o texto da saúde na cláusula constitucional. Era preciso inventar estratégias de negociação, dialogar, ceder quando necessário.

Inicialmente sem tópicos de financiamento e de participação social, fora carimbada, promulgada e publicada a primeira lei de operacionalização do novo sistema, a lei orgânica. Houve todo um manejo político para convencer tanto o presidente quanto o movimento reformista de que os tópicos subtraídos poderiam ser legislados mais à frente. Meses depois, outro texto legaliza os itens inicialmente subtraídos (Lei 8142/90).

O desafio, a partir de então, seria abrir frentes que incidissem sobre as forças de conservação que persistiam na manutenção das velhas práticas. Era necessário abrir frestas em meio à robustez do INAMPS. Não seria uma simples troca de letras, outro sistema de siglas. O instituto que centralizara toda a política de assistência médico-hospitalar nos anos 80 e cuja extinção já havia sido prevista atravessara os primeiros anos da década de 90 com a força de imprimir o seu timbre nas Normas Operacionais Básicas³ (NOBs) de saúde da época.

Assim, foram publicadas as NOBs 91 e 92 contrariando todo texto constitucional e as legislações em vigor à época, centralizando decisões e recursos, reduzindo entes federados a prestadores de serviço, tabelando os pagamentos por produção de execução das atividades, não realizando o repasse financeiro direto e automático como pactuado e preconizado pelos textos legais.

A descentralização do sistema havia sido colocada à prova. Era necessário converter a indignação e perplexidade das declarações à época em frentes de infiltração e negociação com o INAMPS, pactuando com os burocratas da máquina administrativa o processo de transição e a efetuação das leis recém-homologadas.

³ As Normas Operacionais Básicas ou NOBs são instrumentos normativos com o objetivo de regular a operacionalização do sistema (formas de descentralização, planejamento de ações, transferência de recursos financeiros são alguns dos pontos regulados nestes instrumentos).

Aos poucos, as forças de conservação se enfraqueciam. Montavam-se “grupos especiais de descentralização” e em meio a eles, teciam-se ferramentas com intuito de avançar na concretização do sistema. É lançado o documento: “Descentralização das ações e serviços de saúde – A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” como um anexo do texto maior, a NOB/93. Esta se torna a norma que marca a virada das lutas políticas do período ao romper com as diretrizes centralizadoras adotadas até então pelas políticas de saúde. Os primeiros sinais de mudança figuravam neste cenário.

Extinguir o INAMPS fora o fechamento deste momento. Era julho de 1993, inverno no Rio de Janeiro. Era o dia em que os jornais apresentavam a extinção do INAMPS como ato de coragem. Um ciclo se fechara. Os desafios para a constituição do novo sistema mais uma vez ganhavam modulação.

Os meados da década 90 iam pouco a pouco remontando as engrenagens políticas. Fernando Henrique Cardoso assume com a presidência da república (1995) a proposta de edificar um governo forte de bases neoliberais. Finalmente parecia que a inflação havia dado trégua. A moeda ganhava certa estabilização. Seria este um momento político favorável ao SUS?

De todo modo, era um momento emblemático em que incidia uma tensão instituinte onde havia forças políticas ativas em prol da consolidação do SUS (sobretudo após a publicação da NOB-93) e vetores que propagavam as ideias de um Estado enxuto, um corte de gastos (sem golpes de artes marciais, com força refinada).

Jogamos luz sobre dois efeitos desta tensão, entendidos por nós como desafios próprios do avanço das lutas políticas. Questões que ganhavam prioridade para o enfrentamento da política sanitária do SUS em meados da década de 90:

A regulamentação do financiamento à saúde – É neste período que o sistema chega ao auge do seu contraponto: o acesso vai gradativamente se ampliando ao passo que o financiamento mínimo, tradicionalmente garantido para a manutenção do sistema, é

retirado. O setor perde, no ano de 1994, os 30 % de recursos repassados durante décadas pela previdência social. A alegação era a de que não havia mais condições de sustentar este repasse para a saúde.

Medidas e tributos provisórios vão determinando o montante de recursos para a saúde, sem haver regulamentação de um mínimo que viabilizasse o funcionamento do setor. Em 1996 é criada a CPMF como recurso emergencial, que, é mais uma vez, desviado para conter o caos da crise econômica de 1997. As crises da Ásia (1997), da Rússia (1998) e a desvalorização do real (1999) não abriam brecha para discussão de financiamento da saúde, que esperaria a virada do século para que se tomasse alguma decisão.

A baixa articulação dos sistemas de média e alta complexidade, em sua maioria prestadores de serviço, com as demais redes de saúde - Herança dos acordos para aprovação do texto constitucional, a iniciativa privada faria parte do SUS como uma rede suplementar. Onde o sistema público não tivesse capacidade técnica ou infraestrutura para oferecer serviços de saúde, havia a opção de recorrer a prestadores privados na modalidade de compra de serviços.

Desde o advento do SUS, cerca de 75% dos serviços de média e alta complexidade são realizados por unidades privadas (Oliveira, 2011). Uma consequência deste ofertamento do cuidado na rede SUS é que há uma baixa articulação entre a prestação de serviços destas entidades privadas e o restante da rede SUS. Há um comprometimento claro do Sistema, uma vez que sua lógica é operar um funcionamento em rede (Mattos, 2009).

Da miríade de desafios que se abrem ao SUS neste período, encontramos seu ponto de convergência na discussão de financiamento à saúde. As crises econômicas de 97 (Ásia), 98 (Rússia) e 99 (desvalorização do real) não oferecem espaço para este tipo de discussão.

Unidades de excelência em saúde passam por processos de sucateamento. O sistema atingindo o cume de todo processo de fragilização, pouco consegue criar alternativas para enfrentar os discursos privatizantes que ganhavam força à época. Era das grandes

privatizações realizadas em lotes fechados. Estava no auge o que alguns teóricos denominaram de *contra-reforma* do Estado neoliberal, na área da saúde. A reforma da reforma sanitária. (Campos, 2007; Merhy, 2002)

O projeto sanitário do SUS entra nos anos **dois mil** como um consenso vazio: todos acham necessário, mas pouco se consegue no que diz respeito a inventar arranjos metodológico-conceituais que ampliem a capacidade de resposta aos desafios ora colocados.

A virada de século, no entanto, consegue virar também a ideia de crise. Outros significados vão sendo engendrados, sobretudo após os acontecimentos que ficaram conhecidos como as batalhas de Seattle.

Planejada para os momentos finais do século XX, a rodada do milênio (reunião capitaneada pela Organização Mundial do Comércio) é surpreendida por uma multidão de pessoas que começam a brotar pelas ruas de Seattle. Milhares de pessoas (ecologistas, humanistas, pacifistas, sindicalistas, anarquistas e trabalhadores), aparentemente sem ter um comando central, aglutinam-se numa força que surpreende os próprios manifestantes. De repente, as tartarugas dos ambientalistas atravessam placas de protesto da federação sindical americana (AFL-CIO), e todos se perguntam: de onde vem tanta gente? Era a primeira grande manifestação organizada com a ajuda da internet.

Os descontentamentos ante os altos índices de desemprego (inclusive nos países desenvolvidos), os aumentos nos preços de bens consumíveis e os achatamentos das proteções sociais (saúde, previdência, seguridade) começavam a fazer pressão num movimento claro de recusa ao mote ‘neo-tradicional’ de contenção dos gastos sociais. Não era apenas um fenômeno local. Frentes de resistência reverberavam-se em escala mundial.

Com a expressão “não suportamos mais o que suportávamos antes” e “um outro mundo é possível”, Seattle emerge em novas expressões de resistência (Lazzarato, 2006). Diferentes categorias em múltiplas perspectivas se aglutinam em torno de um interesse

específico: buscar alternativas de resistência ante os desdobramentos negativos da globalização neoliberal e do livre comércio mundial.

É o movimento de altermundialização, expressão alternativa mundial de enfrentamento aos movimentos propugnados pelo neoliberalismo. Uma emulação à busca de terminologias metodológico-conceituais, modalidades de interferência diferentes das tradicionais (e agora pouco potentes) lutas de classe e tomadas de poder. No alvorecer do novo milênio, um outro mundo “torna-se” possível⁴.

A marcação desta dupla virada, do milênio e dos modos de resistência, abre espaço para um movimento que gradativamente vai energizando-se para torcer a sensação cristalizada de esgotamento do projeto sanitário do SUS.

No Brasil, a criação de possíveis emula seus primeiros sinais, numa aposta de composição singular com os movimentos sociais para construção de políticas públicas que acompanhassem uma nova maneira na “distribuição de desejos no mundo”, novas sensibilidades, jeitos diferentes de se relacionar com o mundo, tempo, trabalho, comunicação. Na esteira deste novo arranjo relacional, foram criadas a Política Nacional de Saúde Mental (2001), Política Nacional de Humanização (2003), a Política Nacional para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (2003), Política Nacional de Promoção da Saúde (2005), Política Nacional da Atenção Básica (2006), entre outras. Um outro SUS vê-se possível.

⁴ Lazzarato (2006) traça uma análise da frase que emergiu nas batalhas de Seattle: Outro mundo é possível. Frase que lhe serve para abrir uma discussão sobre a noção do ser como acontecimento (p. 14). Referindo-se às batalhas de Seattle, ele aponta que um acontecimento não é a solução de problemas. Antes é a abertura de possíveis em novos modos de problematização. Na esteira desta discussão, ele aponta, a partir das expressões “não suportamos mais o que suportávamos antes” e “outro mundo é possível”, novas formas de distribuição de desejos no mundo, outros regimes de sensibilidade. Interessa-nos, aqui, situar que as formas tradicionais de resistência (lutas de classe e as tomadas de poder) perdem a força de contestação no cenário contemporâneo. Lazzarato retoma a ideia de resistência a partir da noção foucaultiana, qual seja, a de que os movimentos não devem apenas resistir ou se defender, mas, antes, afirmar-se como força criadora. Resistir a partir desta noção é criar mundos, efetuar novos possíveis. Uma (re)existência, portanto.

Um dos movimentos marcantes desta virada é a XI Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em dezembro do ano 2000. Esta tece, ao seu final, um documento de 335 páginas (Caderno da XI CNS) traçando uma análise profícua da experiência do SUS da última década. Constata avanços importantes, analisa os efeitos negativos da onda neoliberal e atualiza os desafios do sistema.

Uma indicação importante sai ao final deste documento: era necessário humanizar a saúde, conferir resolutividade ao sistema, qualificar o acesso e ainda, acelerar a tramitação da PEC 29 (proposta que versava sobre o financiamento da saúde).

Como transbordamento desta conferência, o ano de 2001 fervilha em movimentos embrionários em prol da emulação de apostas para o SUS: é aprovada a emenda constitucional 29 (que garante o mínimo para financiamento da saúde); são lançados alguns projetos para ampliação do acesso/qualificação do cuidado e programas para humanização das assistências hospitalares.

O ano de 2003 é marcado pela mudança de governo. Reconfiguram-se as engrenagens políticas, desta vez com máquinas diferentes, entre elas tornos mecânicos. Emerge a Política Nacional de Humanização (PNH) modulando as proposições gestadas na XI CNS buscando produzir um sentido para o tema que equivocasse seus assentos na fragmentação das práticas, em lógicas caritativas, filantrópicas ou de boa ajuda aos necessitados.

A PNH emerge, então, como uma aposta que afirma sua força no questionamento do que Benevides e Passos (2005) apontaram como conceito-sintoma, ou seja, práticas instituídas, *slogans* esvaziados que perderam a potência de alteração das ações de cuidado e gestão em saúde. Uma recusa ao abstracionismo do conceito que paralisa, que o aprisiona a lógicas reprodutoras de sentidos já dados, à naturalização das práticas. Uma política que refrata o caráter fragmentado de iniciativas programáticas (fragmentação que confere pouca resolutividade ao sistema) e se lança num comprometimento com processos efetivos de transformação de realidade.

Não de fora do SUS, mas por dentro. Sem trazer modelos *a priori*, a PNH promove uma cartografia de práticas de um SUS que já vinha dando certo pelos quatro cantos do Brasil. As 544 experiências validadas e as 16 selecionadas pelo prêmio HumanizaSUS David Capistrano em 2004 (Mori e Oliveira, 2009) traziam a visibilidade necessária para isto. Era por dentro que a PNH encontrava a força de contestação ante a sensação cristalizada de esgotamento do projeto sanitário do SUS. Contestar o esgotamento do sistema pela força instituinte no próprio sistema.

Entre acolhimento, vivência rural, gestão participativa e descentralizada, farmácia da família e experiência do método Canguru⁵, a Humanização dava seus primeiros passos para se afirmar como um conceito-experiência, refratando os lugares instituídos e programáticos que lhe conferiam (tema da moda) e posicionando-se na sustentação e incitação de movimentos de experimentação nas práticas de saúde. Movimentos que traziam a força necessária para criação de modos de gerir e cuidar mais comprometidos com o vívido da vida.

Primeiros passos na experimentação da Humanização como uma política que se foi desenhando por meio de pistas. Um *hodos-metá*. Um caminhar que traça nos percursos suas metas, vai disparando movimentos por meio de dispositivos (sempre provisórios) e traçando os percursos através de diretrizes (pistas que indicam a direção para o que está em movimento). Não é uma caminhada solta, abstrata ou perdida. É uma caminhada com outro rigor, que se abre à escuta dos acontecimentos e se afirma na potência de criação.

É a partir de um duplo desafio (conceitual e metodológico) que a PNH vai afirmando-se como uma aposta política para efetuação dos princípios do SUS. Denominamos aqui este “jeito de fazer” como uma **arma metodológica** para enfrentamento dos desafios que vínhamos pontuando. Criação de modos de fazer que como apontam Barros, Herckert e Passos (2009, p.495):

⁵ Alguns dos vencedores do prêmio David Capistrano, 2004. A entrega da premiação dos 16 projetos foi realizada pelo ministro da saúde à época (Humberto Costa), pela Coordenadora nacional da PNH em 2004 (Regina Benevides) e pela mãe de David Capistrano.

Tem afirmado sua força traduzida em diferentes dimensões: de reposicionamento de sujeitos na perspectiva de seu protagonismo, autonomia e corresponsabilidade; da potência do coletivo, da importância da construção de redes de cuidados compartilhados, em contraste com o mundo contemporâneo caracterizado pelo individualismo e pela competição que transforma a agonística do campo social em antagonismos. A força da PNH vem então apontar para o compromisso com uma posição ético-estético-política no campo da saúde. Ética porque implica mudança de atitude dos usuários dos gestores e trabalhadores da saúde, de forma a comprometê-los como responsáveis pela qualidade das ações e serviços gerados; estética por se tratar do processo de produção/criação da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque diz respeito à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede SUS.

Experimentação de um não-especialismo, uma não fragmentação (de área, de gênero ou de níveis de atenção) que, portanto atravessa ações e serviços em saúde num movimento tríplice de inclusão: dos atores envolvidos (gestores, trabalhadores e usuários); dos analisadores sociais como matéria de trabalho (crises nos modelos de saúde e nos processos de trabalho) e dos movimentos sociais como índice de abertura aos movimentos instituintes, produção de novas sensibilidades.

Encontra sua força-invenção na suspensão do metro-padrão de um humano-certo, humano-moda, para se encontrar na diferença: deflagrar movimentos de experimentação nas práticas de saúde. Propagação da centelha lançada em meio às análises da XI CNS, que Benevides e Passos (2005) nomeiam como “um catalisador dos movimentos instituintes que insistem no SUS”.

Arma metodológica que vem desde o ano de 2003 combatendo sensações cristalizadas de esgotamento do projeto sanitário do SUS encontrando a força vívida e constituinte da saúde no próprio SUS que dá certo, na experiência concreta. Aposta contra-hegemônica aos processos de sucateamento da vida, de precarização do trabalho, de enfrentamento às práticas de tutela dos trabalhadores e usuários, afirmando o direito de uma vida que difere e fabrica um comum. (Barros, Heckert e Passos, 2009).

Partimos (e entramos), contagiados por esta aposta, que emerge em nosso *kit* de viagem como uma arma metodológica para enfrentamento dos desafios atualizados do SUS. Entramos, munidos de história, tensionados por apostas em uma experiência de trabalho numa unidade federal de saúde. É um mergulho num processo com texturas, reentrâncias e matizes próprias das águas da Guanabara. É uma pergunta. Como os diferentes processos de trabalho têm se (re)inventado com esta aposta? É uma experimentação, própria de um funcionamento, um funcionar(io) público.

II

DO MERGULHO EM ÁGUAS DA GUANABARA

O QUE ESTÁ TURVO NÃO É PROFUNDIDADE: É EMBAÇAMENTO DO CAMPO
DE ANÁLISE

O sentido das práticas e o valor dos conceitos iluminam-se no limite extremo de suas fronteiras que, quando transpostas, os fazem mudar de natureza ou desaparecer. Neste corte inaugural desenham-se novos horizontes ou modos de perceber e de sentir. Distribuem-se os fluxos do desejo ou novos modos de querer. Conjugam-se vetores de potências que diferem em natureza, mas são integrados em novos centros de poder e novas formas de saber. Essas novas sínteses ou esses novos modos de atualizar e integrar modificações virtuais são constituintes daquilo que chamamos intervenções de uma sociedade. Assim, para pensar e problematizar estas práticas e concepções nas suas especificidades por aquilo que as tomam o que são, é preciso instalar-se nos cortes de valores e distribuições de sentidos que as produzem. (Fuganti, 2008)

II.1 UMA ENTRADA EM CAMPO DA IDEALIZAÇÃO À EXPERIMENTAÇÃO DE FUNCIONAR(IO) PÚBLICO

Defender o público e toda a sua dimensão de potência coletiva foi coisa ensinada durante os intensos anos de atividade acadêmica. Neles, debruçávamo-nos em conceitos e ferramentas em vias de refletir e analisar, dentre outros temas, a coisa pública, reproduzindo-os nos momentos necessários à avaliação. Diante do pânico do não saber, ‘repetir’ torna-se reação bastante comum. Entender o que se dizia, para além de seu caráter meramente conceitual, exigia outra experiência de cognição. Algo que, tempos depois fomos encontrar em Kastrup (2009) com o nome de política cognitiva construtivista⁶. Tornar possíveis ilustrações introspectivas foi coisa tentada para dar forma às análises que vinham e iam, vinham e ficavam. Como entender?

No fechamento do ciclo acadêmico, abrimos uma vivência, na qualidade de funcionário público, em um hospital de alta complexidade⁷ e, com ela, encarnamos contornos de outra experimentação, com os desafios da prática, esta que insiste em não se reduzir às normas rígidas do “Legal”. Advinham inquietação e estranhamento do lidar com o concreto da experiência e os desafios que esta provoca. Forças que estremeciam os caminhos de uma abstração em nós, interrogando-a. Como dar conta desta experimentação no corpo?

Depois de experimentar algumas passagens por estabelecimentos eminentemente democráticos, regidos por estatutos que previam eleições para compor o quadro de gestores e onde havia certo grau de negociação, pesava aos ombros o encontro com tipos de

⁶ Kastrup (2009), tecendo algumas considerações acerca do funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo, traz a dimensão de uma Política Cognitiva Construtivista. Esta se afasta da ideia de tomar o mundo como fornecedor de informações prontas para serem apreendidas. Antes, entende a relação sujeito-mundo como um processo de co-engendramento. A cognição, neste sentido, não é um mecanismo solucionador de problemas pré-existentes, mas antes um produtor de questões num processo incessante de construção de si e do mundo. Tomar a cognição no seu viés construtivista é apostar uma atitude investigativa mais adequada (pontua a autora) para o método cartográfico.

⁷ **Convidamos o leitor a fazer um parêntese na leitura e desviar conosco ao APÊNDICE 1. Trata-se de um estrato da produção monográfica realizada no ano de 2009. Em complementariedade, estes dois textos (o atual e o anexo, escrito num outro tempo desta experimentação) se acoplam numa perspectiva de acessar esta história em diferentes dimensões, diferentes reentrâncias. São os lembretes de uma história.**

organizações austeras e rigidamente verticais. A lida com práticas hierarquizadas, que capturavam os rompantes criativos que ainda insistiam em criar diante de quadro tão desfavorável, se mostrou um grande e doloroso desafio.

Encontros iniciais eram marcados por uma perplexidade diante de um jogo de vetores pré-estabelecidos, tipificados nos modos de funcionamento da estrutura hospitalar e evidenciados nos processos de subjetivação (re)produzidos em modos de fazer e entender que reduziam a coisa pública a território de poucos e/ou terra de ninguém, perdendo a dimensão coletiva da *res publica*. Nesta mesma direção se inscreviam os modos de entender a estabilidade, a posição e a prática do funcionário público, a dimensão coletiva do Sistema Único de Saúde, as políticas públicas do Ministério da Saúde, a forma de capacitação dos trabalhadores da saúde, os usos dos dispositivos da humanização em saúde etc.

Uma das descobertas interessantes ao leitor iniciante do SUS são os dispositivos legais que garantem a participação e o controle social nas suas diversas instâncias. Uma participação que depende dos atores que compõem o cenário de construção da saúde como bem público, quais sejam: gestores, trabalhadores da saúde e usuários. Entretanto, outra descoberta, não tão interessante, era a de que havia em grande parte dos trabalhadores da saúde, novos concursados e/ou antigos funcionários da casa, um sentimento de rejeição quando se falava do assunto SUS. Isso se expressava em falas como “Isto não serve pra nada, só pra fazer concurso público. Não tem aplicabilidade”.

Para muitos, o vínculo público não passava de uma relação com o trabalho. Um olhar que, não obstante, neutralizava a potencialidade de ocupar uma posição estratégica na construção e efetivação de uma política pública e universal de saúde para todos (e qualquer um), primordialmente, nos dias de hoje. Poder experimentar nas relações e processos de trabalho cotidianos a conectividade e a força de um fazer coletivo. Fazer valerem, inclusive, as próprias ferramentas dispostas nas diretrizes e princípios das Políticas Públicas vigentes, naquilo que possibilitam e contribuem para mudanças efetivas nos modelos empreendidos nos espaços de saúde.

Inquietude e estranhamento indagavam o corpo, provocando neste um movimento que pudesse expressar a posição de funcionário público em outras direções. Em tempos dominados por relações de trabalho e vínculos fragilizados, a estabilidade pode se tornar uma arma de combate capaz de verter as indagações do corpo em potência de vida. Como fazer?

Em meio ao desencanto diante de um quadro rígido de trabalho, o reencantamento foi-se dando no momento em que entramos nas discussões do comitê de humanização como estratégia para encaminhar os projetos dos Recursos Humanos nesta unidade.

Sendo um funcionário público lotado na área de Recursos Humanos (RH), existia, no momento inicial, uma espécie de isolamento. Apesar de se localizar numa unidade hospitalar, o segundo andar do anexo IV (localização do RH) mais parecia um ambiente que poderia pertencer a uma repartição pública qualquer, ensurdecida pelos rigores protocolares que a padronização da União exigia e, de certa maneira, cega às idiossincrasias que se produziam no cotidiano demandadas na unidade hospitalar.

Paradoxalmente, se por um lado, essa desconectividade era responsável por uma sensação de alívio em não nos defrontarmos com a realidade por vezes muito dura que uma unidade hospitalar imprimia aos funcionários que atuam “na ponta” – e essa sensação de alívio é contagiosa – por outro, o confronto diário com a manipulação dos papéis de maneira bastante burocrática trazia à mente a ilustração clássica da esteira de produção taylorista. Nela, víamo-nos convocados menos como sujeitos e mais como máquinas de um processo de produção. Haveria durezas mais duras que a ponta? Perguntavam em nós as inquietações de um corpo.

Uma demanda surge da direção de Recursos Humanos: tornar real um projeto de Qualidade de Vida cuja dotação orçamentária já estava liberada há mais de um ano, mas que não conseguia romper as barreiras burocráticas. O projeto de qualidade de vida tinha

um foco prático: reduzir o número de ausências ao trabalho motivado por licenças médicas, que vinham crescendo ano a ano.

A proposta inicial era criar mecanismos que intensificassem os laços sociais dos trabalhadores dentro da unidade. Algo que possibilitasse romper a ordem puramente profissional, da execução de tarefas, na qual os diversos profissionais (médicos, fisioterapeutas, psicólogos, administradores, datilógrafos, faxineiros) pudessem ter uma pequena pausa diante do expediente exaustivo de trabalho. Com esta pausa buscava-se a abertura de espaços onde os cerca de quatro mil funcionários pudessem se relacionar.

Nesta perspectiva e a partir de várias práticas em prol da qualidade de vida dos trabalhadores encontramos parceiros e alianças na busca de inventar outras maneiras de funcionar. Neste processo, buscamos construir estratégias de enfrentamento às ações que se instituíram como mecanismos de paralisação dos movimentos criativos e autônomos que não se coadunassem com os eixos centralizadores e engessados de produzir saúde na unidade.

Fora possível tensionar, a partir das relações que se estabeleciam, os encaminhamentos dos programas de qualidade de vida, seus efeitos, suas relações com a saúde efetiva dos trabalhadores num movimento de aliança entre antigos setores dentro desta unidade hospitalar que até então se constituíram como feudos. Alianças que potencializavam as relações a partir do encontro com as diferenças, de hierarquia, de categorias, de gênero, de ótica em dois espaços-movimento: no fortalecimento das atividades de qualidade de vida e nas discussões do comitê de humanização.

Gradualmente, fomos percebendo que as inquietações acumuladas nas relações e processos de trabalho transbordavam-se por entre os serviços que participavam das reuniões do comitê: a sensação de isolamento e impotência da Ouvidoria ante as reclamações dos usuários ganhavam outros contornos à medida que o Serviço de Educação Continuada, insatisfeita com o impacto de suas intervenções, propunha-se a repensar os

processos de capacitação de maneira a não os reduzir ao simples encaminhamento de um trabalhador a cursos e eventos definidos pela direção da unidade.

As reuniões do comitê traziam a sensação de que o compartilhamento dos problemas-questões enfrentados produzia sentido e força necessários para a reformulação dos desafios apontados. Em outras palavras, experimentamos uma reconfiguração do nosso próprio modo de funcionamento. O compartilhamento daquelas questões acionavam em nós modos diferenciados de ver, sentir e viver os desafios da unidade.

O que se acompanhava nos rastros deste movimento era a potência de um coletivo que ganhava força política na unidade para questionar determinados modos instituídos de produção de saúde, protocolos, práticas verticais, lógicas medicocêntricas. Uma legitimação deste processo se fazia evidente. Um dos indicadores deste movimento foi a inclusão do grupo nas discussões determinantes da unidade, como as de modificação dos protocolos de funcionamento da unidade, alteração do fluxo de atendimento do plantão geral, discussão dos horários de visita nos Centros de Terapia Intensiva.

Lentamente, o grupo fora se entrelaçando, atravessando-se por entre as práticas na unidade como estratégia de infiltração. De repente, víamos pulverizados modos de pensar o acolhimento, a visita aberta, a cogestão em projetos discutidos com a direção como se estes dispositivo-diretrizes já fizessem parte de um comportamento tácito que se propagava na unidade.

Foram imantando-se pequenas discussões que ao longo de dois anos acumularam dados e experiências em um plano de intervenção que se abria em múltiplas frentes de trabalho, apoiando-se na perspectiva de um apoio institucional para dar continuidade e sustentação aos processos de intervenção.

O fortalecimento do comitê de humanização se instituiu como um importante movimento nesta unidade hospitalar acostumada a se fechar intra-clínicas e inter-clínicas. O compartilhamento dos problemas-desafio era o que, muitas vezes, reconfigurava as

questões colocadas de maneira a nos tornar mais potentes para enfrentá-los. A aliança deste movimento com a Câmara Técnica de Humanização (CTH) fortalecia e dava sustentação aos processos em andamento na unidade. Consolidação e fechamento de um ciclo de intervenção.

Movimentos de consolidação e de instabilidade andando lado a lado? O plano de intervenção começara a ser disparado justamente em ano de mudança de gestão. Momento crítico quanto à sustentação dos processos que havíamos disparado. Havia vínculos e conexões construídos que ainda precisavam de um fortalecimento. O desafio, a partir de então, seria o de pactuação de algumas práticas com iniciativas da nova gerência administrativa. Criar um sentido comum entre o grupo e a nova gerência de forma a encaminhar um movimento de humanização possível naquela unidade.

Configurava-se um diferente jogo de forças que embolava práticas de captura e estratégias de resistência. Ao mesmo tempo em que havia uma gerência administrativa que publicava portarias nos oficializando como membros da comissão de humanização e formadores institucionais (representantes do GTH), notávamos que não havia sustentação para problematizações (dos processos de trabalho, das práticas em curso, do reprojeto de algumas unidades, dos colegiados gestores). Uma estranha confusão que ao final direcionava o CH a um contexto de execução de tarefas já discutidas, já pensadas anteriormente pela nova gerência administrativa.

O CH que, até então, não tivera um espaço, neste momento passara a possuir um, próximo à porta de entrada. Era justamente o “lugar” conferido que enfraquecia os movimentos de infiltração, capturando-os às antigas práticas: verticalização da palavra que não permitia ruídos, apresentações formais com tempo definido. As questões colocadas pelo comitê de humanização não mais se reverberavam em práticas de mudança. De uma institucionalidade (produção de práticas, fazeres) construída em ato, em meio aos processos, passamos a uma institucionalização (cristalização dos processos).

Se num momento havíamos aceitado esta posição em nome da continuidade dos projetos, o fato era que se este processo não pudesse ser colocado em análise, a própria continuidade dos projetos estaria ameaçada. Tomando como baliza os efeitos dos processos que empreendemos, sentíamos, neste momento, certo esfriamento dos mecanismos que outrora se converteram em movimentos de mudança.

Deparamo-nos, nesta caminhada, com estranhas sensações-captura, em nós e no coletivo, na forma de um enrijecimento dos corpos e das relações. Silenciamentos em forma de blindagem dos corpos que figuravam as reuniões. Reações que produziam corpos endurecidos à inscrição de novos possíveis.

Quando me vi entre uma inquietação que invadia o corpo e uma mão no ombro de uma nova funcionária dizendo “não se empolga muito não, porque este projeto provavelmente não vai passar agora”, parei para pensar. Lembrei-me de algumas mãos que haviam tocado meu ombro durante estes quase cinco anos. Estava entre a inquietude do novo e uma cautela adquirida nestes anos. Parar para pensar me fez viajar nestes cinco anos em alguns segundos por meio de imagens-marca que me vinham à cabeça.

A imagem de uma cautela embaralhava os campos de visão. Vinha ao mesmo tempo como uma prudência e um cansaço de quem já se dedicou tanto a projetos que um dia são importantes e no outro são engavetados. Como sustentar o que é transitório? Ultimamente ando tão tomado pelas questões deste espaço que tenho a sensação de que há um hospital em mim, que anda comigo e que deita no meu travesseiro.

Estranhamente entendo e não concordo com aqueles que algumas vezes tocaram meu ombro, e, no entanto, *me* pego fazendo o mesmo que eles.

Parece um automatismo que vai *se* impregnando e diminuindo a potência de vibração do corpo. Sinto isto em mim e no grupo. Acho que é *isso* que eu não concordo, o automatismo que vejo nesta história toda. É isto: estamos entre a inquietação, prudência e automatismo. Como desembolar este meio de campo?
(Memória de Pesquisa)

Era como se estes acontecimentos nos permitissem acessar a burocratização que circula(va) entre os corpos e aos quais estranhávamos nas “tradicional” relações estabelecidas nesta unidade hospitalar. Corpos impermeáveis às propostas de construção de possíveis na unidade: sentar junto, lateralizar as experiências, atravessar os saberes, construir novos arranjos nos processos de trabalho-vida. “Já fizemos”; “Já é humanizado”. “Não funciona”; para além ou aquém de moralizar estes funcionamentos, tratava-se, para nós, de uma experiência outra de cognição. Atualização deste jogo sempre movente, para

traçar um reposicionamento deste espaço-tempo, traçar a partir desta experimentação, novas formas de existência.

Como falar de um cansaço neste processo? Como lidar com corpos blindados⁸ em nós e no coletivo? Como produzir sentido nas relações de trabalho em corpos blindados? Como produzir sentido com quem o trabalho, muitas vezes, perdeu o sentido? Mas também, como não deixar de fazer isto?

Partimos deste movimento para desviar dos discursos moralizantes que comumente circulam quando se apontam as práticas de saúde e as sensações de blindagem, impermeabilidade dos corpos e relações: “funcionários que não querem trabalhar”, “*bons vivans*”, “desinteressados”. Adjetivos que costumeiramente têm cercado moralmente o cenário das práticas de saúde.

Outrossim, fizeram-nos acessar tais movimentos de blindagem como tentativa de afastamento das dores dos processos constitutivos nas relações de trabalho-vida acima mencionadas. De fato, recorrentemente acompanhamos tentativas de novos arranjos relacionais frustradas por diferentes motivos: vínculos precários, fortes interesses políticos na manutenção do “*status quo*”, conservação das atuais práticas, insegurança de alguns gestores (administradores) em serem destituídos de seus lugares de poder/influência. Características que fazem com que, por vezes, forças de conservação capturem as tentativas de novos possíveis.

É deste ponto que pretendemos tecer o fio problematizador que será uma das diretrizes da nossa reflexão, um dos fios desta trama. Fio problematizador este que pretende acessar pela maneira como emergem estas práticas de saúde (tomadas como efeitos de

⁸ Retomaremos a noção de corpos blindados no decorrer do capítulo III. Neste momento, o sentido deste termo emerge como um anestesiamiento dos corpos, diminuição do potencial de afetar e ser afetado. Pessanha (2007) faz alusão a este sentido como o ápice do fechamento em si mesmo e sobre si mesmo, onde já não há “mais visitação para o afeto e para o jorro da língua”, mas apenas para vivências auto-frabricadas e auto-afetadas. Apontamos, neste momento, a dimensão de captura deste termo e antecipamos que emergirá, no decorrer desta cartografia, outra dimensão-sentido de blindagem, qual seja, a de índice de abertura para outras formas de existência, outras maneiras de viver, de (re)existir.

realidade) o intrincado jogo de forças nos quais estão engendradas as relações e seus atravessamentos históricos, metodológicos, políticos, comunicacionais.

Para enfoque da nossa pesquisa, esta experiência foi (e continua sendo) atravessada pela tensão instituinte entre forças de conservação (captura) e de resistência (re-existência). Destacamos seus efeitos (de captura e resistência) como material para nossas análises e, conseqüentemente, para a construção de alternativas de expressão aos desafios ora colocados.

Esta experimentação dispara, portanto, uma rede de problematizações acerca dos processos de esfriamento de mudança nas relações trabalho-vida e da blindagem dos corpos na área da saúde. Qual a sua emergência? Como se efetuam? A que servem? Tomamos a ideia de problema, como apontam Cardoso Jr. e Lemos (2012), a partir da proposição deleuziana de problema em *Diferença e Repetição*:

Um problema não desaparece com as soluções. Pelo contrário, os problemas "persistem", eles "insistem" nelas, pois toda a solução que parece ter apaziguado ou elidido o problema que a gerou, é uma solução inadequada, mas, em contrapartida, não é também uma solução falsa, pois a redistribuição das condições de um problema não apenas pode oferecer uma solução adequada, como também reativar um problema que nunca deixa de insistir. Recolocar o problema significa livrar-se das ilusões do pensamento e, portanto, reverter as relações ou as repartições supostas do empírico e do transcendental. (Deleuze *apud* Cardoso Jr. e Lemos, 2012, p. 154)

Ao lado do esfriamento dos processos de mudança que mencionamos, vivenciamos a formulação de “soluções” que surgiam como resposta às questões que destrinchávamos. Soluções que, independente de verdadeiras ou falsas, iam ao encontro do que os autores apontam como “soluções inadequadas”. Propomos pensar estas soluções como “não efetivas”, ou seja, aquelas que não reconfiguram os desafios a serem enfrentados, debatendo-se em meio a problemas que não mudam de posição. É comum escutarmos expressões como “enxugar gelo” e “apagar incêndio” atreladas a elas entre os profissionais de saúde. A estas “soluções” não falsas, mas não efetivas, vamos denominar sintoma ou vertente sintomática das práticas em saúde.

No cenário da saúde esses “sintomas” têm se expressado em procedimentos, protocolos terapêuticos e atendimentos ambulatoriais. Soluções sintomáticas que emergem como resposta temporizadora a problemas locais que já fizemos menção (falta de profissionais, grande demanda de atendimento, condições precárias de trabalho e financiamento, verticalização das práticas), neutralizando as diferenças, poupando o enfrentamento de suas exigências, atenuando os desassossegos em nome da conservação das práticas.

Presenciamos, então, procedimentos, fluxos e protocolos surdos, impermeáveis às diferenças que batem diariamente às portas de entrada das unidades de saúde: o usuário travesti que é proibido de usar o banheiro feminino, o acompanhante trabalhador que não pode fazer visitas no horário disponibilizado pela unidade, o pai envolvido com tráfico que pede para ver o filho de madrugada, a mulher que procura um hospital de alta complexidade diariamente com queixas as mais diversas solicitando “exames” e girando entre as clínicas sem ter suas queixas ressignificadas.

São, no entanto, as respostas temporizadoras, expressas em procedimentos surdos, que afetam diretamente a efetividade do sistema. Procedimentos surdos produzem baixa vinculação aos tratamentos e pouca resolutividade. Uma vontade de conservação que sequestra a potência de transformação destas práticas. Vivenciamos uma nuvem de problemas mal colocados, que apontam soluções temporizadoras, não falsas, mas não efetivas. Apagar incêndio, neste contexto problemático, torna-se palavra de ordem nos procedimentos de saúde.

Recolocar o problema torna-se, portanto, necessário. No entanto, recolocamo-nos à luz de acontecimentos que foram anunciando-se em nós como clarões de reativação de problemas, redistribuição de suas condições, reposicionamento diante deste jogo de relações.

Necessário no rabiscar deste processo é encaminhar as urgências metodológicas de que trata esta pesquisa. Traçar desvios para escutar outros sentidos. Recolocar o problema

enlaçando um reposicionamento estratégico nesta experiência. Escutar os múltiplos sentidos dos efeitos que produzimos, olhar para além dos olhares viciados, colocar em análise as implicações deste processo, jogando luz sobre os dados de realidade de que dispomos configurados como soluções-sintoma nas práticas de saúde: códigos relacionais e comunicacionais normatizados; enrijecimento nas relações de trabalho; protocolos, fluxos e procedimentos surdos, impermeabilidade diante de apostas em mudanças e insistência. Em quê?

II. 2 O REPOSICIONAMENTO ESTRATÉGICO

DESVIOS, RUPTURAS E ABERTURAS PARA NOVOS PLANOS: REMONTANDO O *KIT DE FERRAMENTAS*

Uma experiência é alguma coisa da qual a gente mesmo sai transformado. Se eu tivesse que escrever um livro para comunicar o que eu já penso, antes de ter começado a escrever, eu jamais teria coragem de empreendê-lo. Eu não o escrevo senão porque eu não sei ainda exatamente o que pensar desta coisa que eu gostaria tanto de pensar. De sorte que o livro me transforma e transforma o que eu penso. (...). Eu sou um experimentador e não um teórico. (...) Eu sou um experimentador no sentido que eu escrevo para me mudar e não mais pensar a mesma coisa que antes. (Foucault, *Entretien avec Michel Foucault*, 2001, p. 860-861).

Desviar de alguns movimentos, produzindo outros, descartar alguns encontros para que outros se tornassem possíveis. Desembaçar o meio de campo seria condição necessária para enfrentar os desafios experimentados nesta caminhada, abrindo passagem para modos de produzir saúde mais comprometidos com um vívido da vida.

Nosso percurso (re) encontrou força em seu caráter híbrido, contornado pela mistura de dois vetores, duas dimensões que convocavam nossas problematizações: o lugar-movimento de trabalhador da saúde e o de acadêmico-pesquisador. A cada mergulho na experiência em campo sentíamos a interferência destes dois vetores no nosso pesquisar, arrancando um ao outro de seus lugares pré-estabelecidos, pré-tipificados para se encontrarem numa outra composição, inédita, singular.

Ao mesmo tempo em que um pesquisador em nós lançava mão de conceitos para eleger alternativas às questões inicialmente levantadas, interferiam nesta escrita marcas, afetos e olhares de um trabalhador atravessado pelos códigos comunicacionais e pelos efeitos de seus próprios processos de trabalho. Uma **hibridez** que foi gradativamente se anunciando como um motor para a nossa política de escrita, tecida em composição com fios de natureza diferenciadas.

No decorrer deste percurso, sentimos que a aparente “acolhida” e simpatia por parte da nova direção diante das estratégias de humanização se refletiam numa sensação de esfriamento dos processos de mudança. Uma captura tênue dos movimentos de alteração dos processos de trabalho pelas forças de conservação, esmagando outros olhares possíveis, abafando diferentes formas de conceber os arranjos relacionais nos processos de trabalho. As diferenças eram, por diversas vezes, ensurdecidas pelo barulho da naturalização das práticas, pelo barulho das certezas.

Caminhavam lado a lado relações cristalizadas, atores ensurdecidos e, ao mesmo tempo, à busca de modificações em seus processos de trabalho. Duas dimensões da mesma experiência: enrijecimento dos processos e apontamento das crises destes processos (insatisfações, burocratizações) como índice de abertura para outros modos de fazer. Em nossa pesquisa ecoavam, por vezes, sensações de escrita amarrada e insistência... No quê? Perguntávamos.

O percurso desta pesquisa se agencia às diretrizes do método cartográfico. Desviamos, portanto, do entendimento que toma o campo de pesquisa como um espaço de coleta de dados ou decifração de uma realidade instituída e apropriamo-nos deste como um lugar de experimentação, aberto a outros sentidos e problematizações possíveis, com suas próprias velocidades, repousos e lentidões.

A tomada do campo como espaço de experimentação, no entanto, não se dá como num movimento à deriva, sem rumos. Há uma diretriz metodológica que constrói o caminho no próprio ato de caminhar, por meio de pistas que emergem como efeitos dos

processos em jogo. As pistas a que nos propomos cartografar, neste percurso, são as condições para a construção de arranjos relacionais e metodológicos capazes de enfrentar os desafios por nós vivenciados.

Nossa caminhada nos convocou a traçar uma análise dos efeitos do processo de intervenção e lançar mão das pistas deste percurso para promover um redesenho do campo problemático. Redesenho que implica uma recomposição de natureza tripla: do pesquisador, da própria pesquisa e do processo de escrita. Este é, portanto, um pesquisar como movimento, desenhando contornos que se borram e se abrem a outros desenhos.

No ato de escrever experimentamos outras dimensões de análise, novas sensibilidades. Esta escrita como movimento visa acionar um reposicionamento capaz de colocar em análise as questões levantadas nesta experimentação, as blindagens dos corpos nas suas relações de trabalho, as maneiras de habitar os processos de trabalho e de vida, as implicações deste processo.

Refratando os entendimentos clássicos do termo, qual seja, ter que se implicar mais ou menos, prática de engajamento ou decisão consciente do pesquisador (deveres morais), implicação, no nosso pesquisar, trata-se de uma análise do sistema de lugares, o assinalamento do lugar que ocupa o pesquisador, daquele que ele busca ocupar e do que lhe é designado ocupar como especialista, com os riscos que isto implica (Benevides e Passos, 2009). É um mergulho neste sistema de lugares para, em meio a ele, promover a quebra das formas instituídas e dar passagem aos processos instituintes. Uma ferramenta de intervenção, portanto.

(Re) mergulhamos nesta experiência, costurando com ela uma habilidade existencial para escutar as pequenas vibrações que emergem em meio aos encontros-conceito, encontros-campo e encontros-escrita. Interferências capazes de cutucar as práticas que se naturalizaram durante este processo, indagando soluções que se pretendem como definidoras dos problemas. Um exercício de perguntar reiteradamente aos automatismos em nós e em nossas práticas: tem algo vibrando aí? Pedindo passagem?

Nosso redesenho remonta, a partir da análise de implicações, um novo *kit* de ferramentas. Isso exigiu a retirada de itens como o martelo, que com seu peso, esfarelava os processos e os remontava em práticas de oposição e antagonismos paralisantes. Pretendemos lançar mão de ferramentas que trazem consigo a sutileza para construir os suaves desvios a que nos propomos, aproveitando-nos das pequenas brechas produzidas em meio aos encontros para dar passagem a outros movimentos, outras experimentações. Armas de combate forjadas na experiência concreta.

Esta escrita aposta, portanto, num movimento de lapidação gradual de ferramentas que tragam a potência de rachar as faces engessadas desta experimentação, fazendo vazar a sua dimensão instituinte. Um rio que vai redesenhando suas margens pelo transbordamento dos fluxos de água que fazem pressão.

Não coube traçar uma análise de implicações como um capítulo para esta pesquisa. Nos momentos em que formulávamos uma formatação possível para fazê-la, esta vazava por entre os capítulos, transbordava por entre os termos conceituais, anunciando-se mais como um movimento permanente do próprio processo de pesquisa e menos como uma etapa desta. A cada passo dado era necessário pensar os movimentos de captura e resistência que se expressavam em ato.

Por onde ir? Como ir? Em meio a estas perguntas emergiu a ferramenta-bússola, cuja função era nos apontar caminhos que dessem **passagem ao vívido da vida** neste percurso. Fazer da escrita movimento de passagem de um trabalhador em nós, um usuário, um pesquisador. Todos em mistura constitutiva e cada um em sua singularidade potencial. Trabalhador que usa o SUS, usuário que pesquisa, pesquisador que trabalha.

Potencialidades transversais que nos impelem a escrever para dar passagem aos movimentos de vivificação dos processos, refratando as respostas que se anunciam como soluções definitivas para os problemas ora colocados. Repentinamente emergiam, em meio à escrita, clarões que imantavam os elementos e dados de realidade em diferentes tempos

desta história. A história e seu tempo eram, então, entrecortados por outras linhas de sentido, que se atualizavam em nós. A história mudava, mudávamos nossos modos vê-la e vivê-la.

Esta escrita é, portanto, a experimentação de uma recusa à linearidade histórica dos acontecimentos em proveito de acompanhar os movimentos em zigue-zague próprios da vibração inquietante de uma bússola.

Das inquietudes que plantamos, movimentamo-nos para uma análise dos processos de trabalho e do cuidado em saúde acossados por uma indagação: **Quais** forças em suas relações e inflexões produzem o enrijecimento das práticas e a blindagem dos corpos nas relações de trabalho em saúde no contemporâneo? Indagação que nos convocou a entrar nas discussões conceituais sobre biopolítica no contemporâneo.

III

A TRAVESSIA PELOS MARES DA BIOPOLÍTICA

RELAÇÕES ENTRE PODER E VIDA NO CONTEMPORÂNEO

Do poder sobre a vida à Potência de Vida

A reinvenção da capacidade de produzir continuamente a nós mesmos, como toda natureza viva, só acontece quando encontramos modos próprios de expressão imediata, quando rasgamos o véu da opinião moral e utilitária e as cristalizações de uma memória passiva e ressentida, não nos deixando substituir por mediadores formais ou legais que legitimariam nossos modos coletivos de entrar em relação. E só encontramos modos próprios de expressão e produção quando nos conectamos diretamente com uma ordem imanente da própria natureza naturante, como potência absoluta infinita de acontecer. (Fuganti, 2008, p. 16)

Não se pode pensar se não houver um corpo ativo, assim como não se pode agir se não houver um pensamento afirmativo. Vida ativa e pensamento afirmativo só podem andar de mãos dadas. Spinoza retomará – contra Descartes, contra os teólogos e os moralistas – esta maneira pré-socrática de viver e de pensar dizendo que, se o corpo padece, o pensamento padece junto e vice-versa, e se o corpo age, o pensamento também age e vice-versa. (Fuganti, 2008, p. 55)

Não é com raiva, mas com riso que se mata (Nietzsche, 1999, p. 49)

III.1 DES (A) FIANDO A MATÉRIA-PRIMA DA INCLUSÃO DA CRISE COMO ANALISADOR DO PROCESSO

Neste capítulo daremos enfoque ao contexto problemático que faz liga entre as questões levantadas no capítulo anterior e suas reverberações na Câmara Técnica de Humanização (CTH)⁹. Com isto, temos a intenção de pensar a dimensão coletiva e impessoal desta problemática acessando o ponto de ressonância entre as discussões travadas nestes dois espaços. De modo algum se trata de uma realidade isolada e encerrada numa unidade hospitalar. Entendemos as questões que trazemos como lógicas de saúde e formações subjetivas que apontam para a produção de um campo social cujas relações entre poder e vida ganham contornos que precisam ser explorados.

O fio problemático em que procuramos fazer tensão encontra ressonância em torno de um impasse vivenciado no recorte temporal situado entre 2010 e 2012: no momento político em que alguns movimentos de humanização começam a ganhar espaços de legitimação nas unidades de saúde, e que as condições políticas eram avaliadas como favoráveis, notava-se um estranho e sorrateiro enrijecimento nas discussões que constituíam os planos de intervenção. Enrijecimento expresso nas relações entre trabalhadores, na burocratização de planos de intervenção, numa forte reivindicação de legitimação das ações por portarias, nomeações, ofícios, por parte dos trabalhadores que compunham este processo.

Conectamos aqui este fato ao ponto que fazemos menção no primeiro capítulo desta pesquisa: ao mesmo tempo em que o movimento do Comitê de Humanização (CH) ganha legitimação na unidade hospitalar, experimenta-se um estranho enrijecimento das relações e blindagens nos corpos. Estas duas linhas, que encontram suas ressonâncias e exasperações,

⁹ Como anunciado na apresentação, a Câmara Técnica de Humanização do Rio de Janeiro atravessa toda história de constituição desta pesquisa e será apresentada no último capítulo desta dissertação. Como dados importantes para esta entrada, antecipamos que se trata de um fórum que emergiu em Outubro de 2005, em meio às discussões da PNH para traçar estratégias de apoio às intervenções nas unidades de saúde no Rio de Janeiro. Trata-se, portanto de um dispositivo da PNH para sustentação dos movimentos de experimentação que indiquem maior efetividade nas ações e serviços em saúde. Entraremos nesta questão de maneira pormenorizada no último capítulo.

geram uma situação limite que nos convoca o pensamento e confronto de nossas práticas.

Neste processo deparamo-nos com o que identificamos como **vertente sintomática das práticas de saúde** a partir dos efeitos deste processo, mas também com o que Maciel (2005) aponta como:

Situação indecível em que não há solução possível, experiência sempre problemática para o pensamento, já que, nessa instância, pensar é sempre criar novos modos de existência... Momento em que a única saída é criar possíveis, abrindo outro campo de alternativas que até então não se apresentava. (Maciel, 2005, p. 55)

Uma situação limite vivenciada, algumas vezes acionando em nós processos que embarçavam os campos de visão e provocam paralisação ou engessamento nos planos de intervenção.

Fuganti (2011) nos indica que a confusão diante dos processos de trabalho-intervenção, em grande parte das vezes, é terreno de impotência, efeitos de estratégia de poder. Confusões de uma legitimação deslegitimada, de afirmações que esfriam os processos de mudança, de lugares definidos ao CH que o tiram de qualquer lugar. Estranhas confusões. Seguimos os rastros desta indicação para entrar numa discussão a propósito das relações entre poder e vida neste momento atual em que parece que se embaçam as fronteiras entre captura e resistência, empoderamento e potencialização, lugar e não-lugar, vida e morte. Mundo-funcionamento onde Lazzarato (2006) anuncia a desagradável sensação que as pessoas têm de que uma vez que tudo é possível, nada é possível.

Alguns movimentos no meio deste processo refletiam um desfoco não produtivo. Por vezes tínhamos a sensação de que havia uma linha tênue entre o que pretendíamos, o que não pretendíamos e o que fazíamos. Algumas vezes não fazíamos o que pretendíamos, fazíamos o que não pretendíamos e pretendíamos o que não fazíamos.

Em meio ao esgarçamento e à dor que toda experiência-limite provoca, fomos balbuciando algumas perguntas: seria o esfriamento dos processos (atrelado à blindagem dos corpos) um enfraquecimento da potência de reinvenção destes corpos nas suas relações de trabalho? Ou seja, uma espécie de captura destes movimentos? Em sendo, qual a natureza desta captura? Como pensar a construção de possíveis, de outros modos de existência?

Seguindo os efeitos de realidade pontuados nos processos de trabalho durante o tempo de pesquisa, fomos convocados a traçar uma interlocução destes (os efeitos de realidade e seus respectivos desdobramentos) com a discussão atual a respeito das relações entre poder e vida no contemporâneo. Utilizaremos aqui o termo biopolítica¹⁰, cunhado por Foucault já no ano 1974 (Pélbart, 2003).

Enfrentar os mecanismos de captura, as sobreimplicações¹¹, os pontos cegos nesta caminhada, passa por enfrentar uma discussão entre o nosso processo de intervenção e alguns termos conceituais que entendemos serem necessários para pensar este processo. Com isto pretendemos construir uma dinâmica atencional que traga a potência de lapidação aos movimentos vívidos deste processo.

¹⁰ Um grupo de teóricos tem se debruçado para tratar do tema no momento atual. Entre eles destacamos o movimento de autonomia italiana (Agamben, Negri e Lazzarato) e alguns pensadores brasileiros (Pélbart, Fuganti, Neves). A respeito deste termo, Pélbart (2003) aponta que ele teve um destino paradoxal. Lançado por Foucault num sentido crítico, remetendo a uma modalidade de poder e governo sobre as populações, acabou ganhando na pena de alguns autores o sentido positivo (Potência de vida). Preferimos manter aqui a diferenciação entre biopolítica (poder sobre a vida) e biopotência (poder de vida) que este autor sugere. Com estes termos circularmos entre os outros autores que tratam da questão.

¹¹ Na Análise Institucional Francesa o conceito de Implicação irá questionar uma posição de neutralidade que o pesquisador almeja obter diante de seu objeto de pesquisa. Entende-se implicação como um nó de relações, conexões que o pesquisador estabelece com as múltiplas instituições que o atravessam, sexo, família, posição socio-econômica, justiça etc. (Lourau, 1990). O conceito de Sobreimplicação vem numa tentativa de fazer certa diferenciação entre implicação e engajamento. A Sobreimplicação é uma dificuldade de análise que, mesmo quando realizada, pode realizar apenas um único nível, um só objeto, impossibilitando que outras dimensões sejam pensadas, que as multiplicidades se façam presentes, que as diferentes instituições sejam consideradas (Nascimento e Coimbra, 2004)

III.2 DAS RELAÇÕES ENTRE PODER E VIDA NO CONTEMPORÂNEO RETOMANDO A QUESTÃO

O poder não é necessariamente repressivo uma vez que ele incita, induz, seduz, torna mais fácil, ou mais difícil, amplia ou limita, torna mais provável ou menos provável (Foucault, 1983)

O poder tomou de assalto a vida, penetrou todas as esferas da existência, as mobilizou inteiramente e as pôs a trabalhar. Desde os genes, o corpo, a afetividade, o psiquismo, até a inteligência, a imaginação e a criatividade. Tudo isto foi violado, invadido, colonizado [...] Nunca o poder chegou tão longe e tão fundo no cerne da subjetividade da própria vida, como nessa modalidade contemporânea do biopoder (Pélbart, 2003)

Fuganti (2011) abre uma fala em conferência no Rio de Janeiro¹² lançando a seguinte provocação: será que estamos nos empoderando na vida ou buscando vias de potencialização desta? A frase confundiu e pegou. Disparou imagens dos nossos processos de intervenção à mente: “esfriamento de processos justamente em ano de consolidação”; “as mãos que tocam os ombros”. Imagens que indicavam um poder não numa perspectiva de exterioridade, mas circulando por entre as nossas práticas, nossas atitudes.

Eram as imagens que atualizavam em nós (e conseqüentemente nos nossos corpos) a questão do poder: o poder não está num outro, num lugar, num espaço, antes está no que em nós embola e diminui nossa capacidade de análise; no que nos induz a fazer algo em nome de ideais; no que nos seduz em nome de lugares e funções dentro dos espaços institucionais ou nos movimentos-vontade de conservação das práticas e afastamento do caráter transitório da vida.

Seguimos aqui os rastros da mecânica atual do poder para pensar a questão que nos movimenta: que forças, em seus jogos e relações, produzem efeitos de esfriamento nos processos de intervenção e enrijecimento dos corpos à construção de possíveis?

¹² Luiz Fuganti em conferência sobre as relações de poder no contemporâneo e a Judicialização da Vida. UERJ. 2011.

III. 3 O PODER QUE PEGA OU A CAPTURA PELA IMANÊNCIA

Interessa-nos aqui fazer alguns apontamentos da obra Foucaultiana, sobretudo suas contribuições sobre a analítica do Poder que permeia seus escritos e algumas palestras conferidas na década de 70. Em 1973, ele antecipa, no Brasil, uma série de conceitos que irão constar nas suas publicações de *Vigiar e Punir*, especialmente quando aborda o método genealógico e as relações de poder. Em 1974, inaugura o conceito de biopolítica em uma palestra conferida no Rio de Janeiro, abordando o tema do nascimento da medicina social: o corpo é uma realidade biopolítica. (Pélbart, 2003).

A partir daí vemos a ideia do conceito distribuída por algumas de suas principais obras, como o último capítulo de *A Vontade de Saber* (Direito de morte e poder sobre a vida) e na sua aula “Em defesa da Sociedade” no Collège de France e no texto sobre a Governamentalidade.

A afirmação lançada por Foucault de que o corpo é uma realidade biopolítica joga luz sobre o poder, suas modulações contemporâneas com o corpo e as intrincadas relações com a vida.

É no texto sobre a Governamentalidade que Foucault vai traçando a modulação da dinâmica das relações de poder e das formas de regulação da vida que se capilarizam. Se antes o diagrama do poder soberano incidia sobre a defesa de um território e o respeito pelos súditos, com conselhos contidos no grande tratado de Maquiavel (*O Príncipe*), uma nova dinâmica começa a ganhar força em técnicas e táticas, artes de governar que melhorando a sorte da população, sustentariam a própria emergência do Estado moderno nas suas novas configurações. O exemplo deste deslocamento fica evidente no fragmento que Foucault traz a respeito do livro de Frederico II:

Comparemos a Holanda e a Rússia; a Rússia pode até ser um país de maior extensão em relação aos outros Estados europeus, mas é composta de pântanos, florestas, desertos, é povoada apenas por um bando de miseráveis, sem atividade nem indústria. A Holanda, que é pequeniníssima e constituída de pântanos, possui, ao contrário, uma população, uma riqueza, uma atividade

comercial e uma frota que fazem dela um país importante da Europa, o que a Rússia está apenas começando a ser. (Foucault, 1979)

A emergência de um *modus* moderno de ser e o fortalecimento de um Estado-Nação necessitavam da inserção de um conjunto de questões diferenciadas dos laços frágeis, mantidos por exterioridade e violência pelo príncipe. Os textos menores, anti-maquiavélicos, vão apontando para a necessidade de construir modos menos fragilizados, mais efetivos para sustentação do Estado-Nação.

O exemplo do texto de Frederico II dá visibilidade ao enfraquecimento da ideia de defesa do território que sustentou boa parte da idade média, lançando luz sobre outros elementos. De que adianta ser um Estado com grandes dimensões territoriais se habita neste território uma população miserável e incapaz de produzir, de transformar matéria-prima em produção de riqueza? Os laços frágeis mantidos pelas relações de principado perdem sentido no alvorecer da modernidade.

A preocupação voltar-se-ia para gestão e regulação da população, sua vida biológica, condições de saúde. A vida, sua gestão e regulação emergem como problema político a ser enfrentando. Era necessário salvaguardar a vida dos perigos do meio (climático, hidrográfico, problemas dos pântanos, das pestes, epidemias), gerindo-a e regulando-a através de técnicas e táticas. O fortalecimento do Estado-Nação passaria, necessariamente, pelo enfrentamento deste desafio, vivido como problema político, que conduz Foucault a pensar um problema diretamente atrelado a este:

Problema do governo de si mesmo,..., problema do governo das almas e das condutas, tema da pastoral católica e protestante; problema do governo das crianças, problema central da pedagogia que aparece e se desenvolve no século XVI; enfim, problema do governo dos Estados pelos príncipes. Como governar, como ser governado, como fazer para ser o melhor governante possível, etc. (Foucault, 1979)

Foucault, traçando uma genealogia das formas de governar, aponta para a emergência de técnicas e táticas que vão costurando-se não como um direito de espada, mas introjetadas nas relações, formas de agir e pensar dos homens. Táticas e técnicas imanentes aos hábitos e costumes da população, denominadas artes de governar.

As novas táticas, “artes de governar” emergem num momento histórico-político em que se cruzam o processo de superação da estrutura feudal com a formação dos Estados Nacionais e um movimento de dispersão religiosa (reforma protestante e contra-reforma) que coloca em questão o modo como se pensa ser dirigido para alcançar a salvação. Momento de desestabilização das forças que compunham um diagrama de poder soberano e a emergência de um outro diagrama que provoca **indagações** sobre o modo de governo mais adequado. O que é governar? Como governar? Como fazer para ser um bom governante?

Perguntas que movem este período crítico de modulação das forças de poder que se descentraliza, torna-se imanente capilarizando a questão do governo em seu caráter múltiplo: como governar a si mesmo (questão moral), como governar almas (questão espiritual), como governar crianças (questão pedagógica), como governar a família (questão econômica)¹³, como governar um Estado (questão política).

Os liames frágeis do poder de Espada vão dando lugar ao exemplo do zangão (Foucault, 1979), que reina sobre a colmeia sem ter a necessidade de “ferroar” (o fato de o zangão, que não possui ferrão, tornar-se o governador de colmeias seria um ensinamento da natureza a respeito da boa maneira de se governar). Da mesma forma, o bom governante não necessita de uma espada para exercer seu governo. O bom governante é citado nos textos anti-maquiavélicos como aquele que tem uma vigilância tão atenta quanto um pai de família. É o primeiro que acorda, presta atenção contínua aos acontecimentos possíveis, às mortes, nascimentos, as alianças com outras famílias, etc¹⁴.

¹³ Economia vem da palavra *oikos* que significa lar. A questão econômica na época se referia ao bom governo das famílias.

¹⁴ No texto sobre a Governamentalidade, Foucault acompanha o processo pelo qual a família emergiu inicialmente como meio para dar passagem às artes de governar e num segundo momento bloqueou estas mesmas técnicas. Estas técnicas ganhavam força novamente no século XVIII com a emergência dos problemas específicos da população, tendo a família como um instrumento privilegiado para o governo da população. De uma forma ou de outra, mesmo a família como meio ou instrumento, o exemplo do pai de família serve aqui para traçar as marcações do movimento genealógico de Foucault para pensar as transformações ocorridas nas relações de poder.

Governar, a partir destes entendimentos não é proteger propriedades com o objetivo de conservá-las, salvar as propriedades da família ou de um território. Governar, doravante, é governar os homens e suas coisas. O homem nas suas relações com a riqueza, os recursos, os meios de subsistência, clima, seca, fertilidade, costumes, hábitos, maneiras de agir e de pensar, fome, epidemia, morte.

É na transição da idade média para o mundo moderno e no auge da crise política do modo soberano de governo que se experimenta um rearranjo nas relações de poder, que encontra na imanência com os hábitos, atitudes, modos de vida da população e na multiplicidade das formas de governo (governo de si, da casa, do Estado) a força para a modulação de maneiras de governar mais efetivas para buscar o fortalecimento do Estado, melhorando a sorte da população.

Foucault faz menção em melhorar a sorte da população (aumento de riqueza, duração de vida, saúde) por meio de dois movimentos: **campanhas** que agiam diretamente e **técnicas** que, agindo indiretamente, permitiam, sem que a população necessariamente percebesse, aumentar a taxa de natalidade ou dirigir para determinada região ou atividades fluxos dela.

Gestão e regulação da vida passam a entrar nos cálculos do poder que vai se engendrando em meio aos hábitos e modos de viver, controlando os fluxos, gerindo costumes e otimizando os corpos. Poder sobre a vida que utiliza a imanência como uma mina inesgotável de exploração e se abre em dois grandes mecanismos, investindo na vida de ponta a ponta:

A anátomo-política, o adestramento dos corpos através das instituições disciplinares (escolas, fábricas, prisões, casernas, hospitais) em vias de otimizar as forças produtivas para gerar um efeito maior do que a soma das forças elementares; esta intensifica suas forças entre os séculos XVII e XVIII, como aponta Foucault.

A biopolítica das populações. O investimento na gestão e regulação da vida do homem-espécie. Esta emerge como uma questão com suas especificidades próprias no século XVIII, ganha força no século XIX e é tomada como um modelo-problema para o desenvolvimento das técnicas de regulação e gestão sobre a vida: nascimento, mortalidades, nível de saúde, epidemias.

Ao lado do adestramento dos corpos, comuns nas instituições disciplinares, encontram-se, a partir de então, problemas de saúde pública, natalidade e imigração numa espécie de composição (acoplamento) de mecanismos de gestão e regulação da vida.

Um duplo mecanismo de captura desdobrado em disciplina e biopolítica, que passa necessariamente pela modulação das formas de governar (do governo do príncipe às múltiplas formas de governo) e pela descoberta da imanência como uma fonte potente para a regulação da vida das populações.

III.4 PARADOXO DE VIDA E MORTE NO CONTEMPORÂNEO

Retomando a questão das linhas de poder e potência, captura e resistência que se entrelaçam em nossos modos de ser, sentir e viver, algumas vezes se embaraçando e embaralhando os campos de visão, vamos caminhar este percurso, ainda com algumas indicações de Foucault, para aproximarmos-nos da discussão a respeito da vida e morte na perspectiva de um paradoxo. De entrada, propomos um pensamento operador da lógica vida/morte habitando um mesmo processo existencial ou plano de intervenção, ou seja, vida e morte.

Vamos alinhar então a intuição que levou Foucault a uma colocação paradoxal. Já em seus estudos genealógicos (especialmente no texto sobre a Governamentalidade) Foucault puxa uma história que rompe com a noção tradicional de poder. Aponta uma mecânica descentralizada e múltipla que apreende na imanência um reservatório inesgotável de gestão e regulação da população, salvaguardando-a dos males do meio.

No entanto, malgrado a melhoria das condições de vida enquanto fato biológico (diminuição de pestes e epidemias, aumento de natalidade), o autor expõe uma lógica paradoxal a propósito das técnicas de gestão e regulação da vida no contemporâneo:

No momento em que a preocupação volta-se para uma gestão e regulação da vida, nunca se empreenderam guerras tão sangrentas e interplanetárias quanto a partir do século XIX. Nunca os graus de assujeitamento chegaram ao nível do holocausto. (Foucault, 1988)

Não é mais em nome de um soberano ou de alguém, mas em nome da vida que se justificam as guerras mais sangrentas. Em nome da qualificação de uma vida subjugam-se outras. A gestão sobre a vida, mais especificamente sobre “uma forma de vida específica”, (biopolítica) torna-se necessariamente uma política de morte (tanatopolítica). O poder que qualifica a vida e o que mata estão calçados em um mesmo plano lógico de funcionamento.

Retomamos a questão do governo e suas modulações na idade moderna (item anterior) para empreender vida e morte no contemporâneo em uma dinâmica que as contextualiza para além do fato meramente biológico:

Governar a nação, a família e a si mesmo são, doravante exercícios que se realizam num mesmo plano de imanência do poder de tal maneira que não há mais aquela distância entre quem exerce o poder e quem o sofre. A imanência deste plano na modernidade faz com que os termos ativo e passivo se distingam, mas não se separem, compondo um regime de poder cuja palavra de ordem se enuncia numa voz reflexiva: governa-se, governe-se. O poder sujeita na justa medida em que subjetiva. Assujeitar e subjetivar são, portanto ações inseparáveis no exercício do poder na modernidade (Benevides e Passos, 2005)

Termos ativo e passivo se enunciam então numa voz reflexiva, em que não há distância entre quem exerce o poder e quem o sofre: governa-se, governe-se. Distinção sem separação em tempos de biopolítica que nos convoca a pensar vida e morte menos como fatos objetivos em pares opostos (vida como funcionamento biológico do corpo e morte como seu oposto, quando os órgãos param de funcionar) e mais como posições subjetivas existenciais (modos de ser, sentir e viver/ formas-subjetividade) sustentadas em um paradoxo (a voz reflexiva enuncia a diferenciação indissociável dos pares vida/morte).

Nos rastros desta discussão, morte ou processos de mortificação são tomados como relações de assujeitamento diante da vida, subordinação passiva ao meio (relações com o trabalho, familiares, relações de vida de uma maneira geral) ou mesmo investimentos desejanter em vidas de baixa intensidade, com diminuta capacidade dos corpos de afetar e serem afetados, vida blindada que refrata qualquer interferência de afetos e de intensidades diante da vida.

Vida ou processos de vivificação, como posicionamento subjetivo contemporâneo, constituem-se numa habilidade existencial de maneira a aumentar a potência dos corpos de afetar e serem afetados. Um *quantum* de vibratilidade dos corpos. Graus de potência exercidos pelos corpos, centelhas de vida em estado bruto que se atualizam nos sujeitos. Uma espécie de diapasão intensivo que se propaga por entre os corpos na construção de mundos.

Duas dimensões (diferentes e indissociáveis) que operam uma lógica coexistente aos processos existenciais. Vida e morte, nesta mecânica contemporânea de poder, assemelham-se à imagem de uma fita de Moebius (Pélbart, 2003). A propriedade singular da fita de Moebius está em conectar as duas bandas numa dobradura específica (faz-se uma volta na ponta da fita e conecta-se a primeira banda à face oposta). Uma imagem muito utilizada com formigas numa caminhada infinita, de uma face da fita à outra.

Dinâmica que faz Pélbart (2003) infletir: “ao poder sobre a vida responde a potência de vida; ao biopoder responde a biopotência. Ao extremo dos processos de mortificação/assujeitamento responde a potência de vida:

A vitalidade social quando iluminada pelos poderes que a pretendem vampirizar, aparece subitamente numa primazia ontológica. Aquilo que parecia inteiramente submetido ou reduzido à mera passividade, isto é, a vida, aparece agora como um manancial de formas de existência, como um germe de direções que extrapolam e muito as estruturas de comando e os cálculos dos poderes constituídos (Pélbart, 2003, p. 58)

De fato as análises atuais das relações entre poder e vida nos sinalizam um importante alerta: a história não acabou, não chegou a seu fim como pontuou Fukuyama¹⁵. “Não tá tudo dominado” e ainda há processos a se inventarem como potência constitutiva da vida.¹⁶ Há algo no funcionamento deste emaranhado que é puro disfuncionamento, como a fita de Moebius que os autores insistem em utilizar para pensar as práticas de captura e resistência no contexto contemporâneo, seguindo o alerta já apontado por Deleuze (1992): não cabe temer ou esperar, mas buscar novas armas para enfrentar estes desafios no contemporâneo.

Necessitamos, no entanto, avançar a discussão acerca dos processos de subjetivação de vida e morte no contexto contemporâneo para em meio a esta dinâmica, pensarmos em modos de fazer que fortaleçam os enfrentamentos dos desafios que apontamos. Como se efetua este movimento de captura-resistência; morte e vida; poder sobre a vida / potência de vida no contexto inesgotável figurado pela imagem da fita de Moebius?

Dois textos literários citados nas obras de Deleuze (1995, 1997) (desdobrado em diferentes contextos de discussão) nos dão pistas desta dinâmica. Um deles trata de um personagem do romance *Our Mutual Friend*, de Charles Dickens, o canalha Riderhood. O outro é o conto *Bartleby, o copista*, de Melville.

No texto extraído do conto de Dickens, um canalha chamado Riderhood, depois de uma quase afogamento, é observado por quatro companheiros enquanto agoniza. Este homem, cuja reputação havia sido maculada, objeto de desconfiança e aversão de todos, no momento em que está entre a vida e a morte libera uma centelha de vida que, como aponta Dickens, é curiosamente distinta do canalha que é. E todos à volta são tomados por um profundo respeito, uma espécie de amor (Deleuze, 2003), por mais que o detestem. Diante

¹⁵ Fukuyama (1992), um dos filósofos mais influentes do governo de Ronald Reagan e propulsor das ideias neoliberais, retoma a noção hegeliana de que os processos de mudança na história iriam acabar assim que a sociedade atingisse o equilíbrio. As ideias de homem livre e livre comércio propugnadas pelo neoliberalismo das décadas de 70 e 80 atingiriam (na visão do autor) seu ponto de equilíbrio com a queda do muro de Berlim (1989), representando o fim de oposicionismos, o fim da história e o início de uma era de estabilidade.

¹⁶ A esse respeito, ver Neves (2002) *A Serpente Capital*. In: *Interferir entre Desejo e Capital*. Tese de Doutorado.

do mínimo sinal de recuperação, todos se manifestam: “Veja! Um sinal de vida! Um inegável sinal de vida! A faísca pode se arder e se apagar ou pode brilhar e se expandir, mas veja!” (Dickens, 1989). Um puro acontecimento em suspensão, impessoal, singular. Uma faísca que brilha e se expande afetando os que estão a sua volta. Puro fluxo, potência de vida. E, no entanto, quando está a salvo do perigo os quatro companheiros que o salvaram tornam-se frios e ele retoma toda a sua grosseria.¹⁷ O que brilha aí é a força singular de uma vida. Intensidade de uma vida que atravessa o corpo. “Entre sua vida e sua morte há um momento que não é mais do que aquele de uma vida jogando com a morte.” (Deleuze, 2003)

O segundo exemplo é de *Bartleby, o copista*, do conto de Melville. Um trabalhador de olhos cinzentos, parados e opacos, por vezes vidrados, que carregava um corpo raquítico e uma silhueta pálida. Incansável com o seu trabalho de fazer cópias, mas que não lhe rendia gosto nenhum. Quando de seu biombo é convocado pelo chefe a conferir as cópias do escritório, ele desenvolve uma espécie de resistência passiva (Melville, 2010) que desmonta seu chefe, incapaz de enfrentar a imobilidade de Bartleby. Diante das diretivas de ordem do chefe, este acaba desenvolvendo a fórmula verbal: “I prefer not to” (Eu preferiria não)¹⁸. O chefe não sabe se o despede ou se o deixa no escritório. Algo inominável o afeta e o imobiliza. Algo indefinível que faz com que Bartleby se torne uma questão para a vida daquele chefe. Diante do desgosto na relação do personagem com o trabalho, surge uma faísca de resistência, afetando o chefe que acompanha os percursos do copista, inclusive depois de sua saída do escritório, até seus últimos momentos de vida. Centelha de vida que se expande em forma de resistência passiva.¹⁹

Através destes contos situamos o contexto de vida e morte no cenário contemporâneo para além e aquém de seus fatos objetivos, mas como posições existenciais, processos de subjetivação que produzem os corpos dos dias de hoje num mecanismo

¹⁷ Fragmento produzido a partir do artigo “Uma vida (nua) é como uma Piscina (sem água)” de Rogério da Costa (2011) em composição com Imanência uma Vida (Deleuze, 2003).

¹⁸ Preferimos manter a formulação na língua original uma vez que a tradução para o português tem produzido, algumas vezes, uma perda de sentido da potência do que o autor denomina como resistência passiva.

¹⁹ Fragmento produzido a partir das inflexões de Pélbart no artigo “O Corpo Informe” em consonância com a obra de Deleuze “Crítica e Clínica” e com a obra de Melville.

indissociável de captura e resistência que se dá em meio aos encontros da vida; a imagem trazida pela fita de Moebius nos traz a dimensão deste processo duplo e indissociável que se dá no embate do corpo com os movimentos de vida.

É em meio aos movimentos constantes de captura que emergem outros corpos e maneiras singulares de ser, sentir e viver. Percorrer as duas bandas da fita de Moebius, portanto, é apontar para a dimensão inesgotável dos mecanismos de captura e resistência, atualizando os jogos de força que fazem emergir corpos e realidades para, em meio a eles, tecer outras indagações, novas maneiras re-existir (criação de outros modos de vida).

Dos processos de assujeitamento, das suas vias de vivificação; dos movimentos de empoderamento e potencialização nas relações de trabalho-vida pensamos ser estratégico trazer a cautela observada por Pélbart acerca dos movimentos que embolam captura e resistência:

Como diferenciar a perplexidade de Espinosa com o fato de não sabermos o que pode o corpo, do desafio da tecnociência, que precisamente vai experimentando o que se pode com o corpo? Como diferenciar a decomposição e a desfiguração do corpo necessárias, como vimos, para que as forças que o atravessem inventem novas conexões e liberem novas potências, tendência que caracterizou parte de nossa cultura das últimas décadas, nas suas experimentações diversas, das danças às drogas e à própria literatura. Como não confundir isto com a decomposição e desfiguração que a manipulação biotecnológica suscita e estimula? Potências de vida que precisam de um corpo sem órgãos para se experimentarem por um lado, poder sobre a vida que precisa de um corpo pós-orgânico para anexá-lo a axiomática pós-capitalista. (Pélbart, 2003, p. 47)

Convocados por estas indagações, encarnamos outra pergunta acerca das questões que nos propomos desdobrar no contexto das unidades de saúde: como diferenciar os processos de criação dos trabalhadores em seus ambientes de trabalho como potência afirmativa de uma vida, de outros, quais sejam, processos de criação que emergem como soluções que amortecem a vida e paralizam/bloqueiam os processos de alteração dos modelos de atenção e gestão da saúde.

Como não se deixar capturar pela política de “enxugar gelo” e “apagar incêndio” a que os profissionais de saúde são fortemente convocados nos dias de hoje? Como afirmar a fórmula “eu preferiria não” como potência afirmativa de uma vida?

Parece estranho que a palavra “criação” esteja atrelada a mecanismos de captura. No entanto vamos tentar sustentar esta entranheza e desdobrá-la no próximo tópico. Por enquanto mantemos a sensação de que há uma diferença sutil entre as duas dimensões do processo criativo, uma vez que “enxugar gelo” (pequenas soluções criativas que não alteram os processos de trabalho) também demanda criação de arranjos relacionais, metodológicos e profissionais para se haver com os desafios da saúde/lidar com as questões de trabalho.

Cabe aqui, mais uma vez, insistir se a pergunta que fazemos é “*o que pode o corpo?*” ou “*o que se pode com o corpo?*” nestes tempos em que a palavra de ordem é: reinvente-se! recicle-se! Ame (se)!

Entre corpos blindados, inventivos e amorosos, movemo-nos em torno de uma questão: como inventar armas metodológicas que sejam capazes de refratar os corpos pós-orgânicos (também criados, também criativos) em favor da produção de corpos que pulsem potência de vida neste cenário de embaralhamento biopolítico? A que servem os comandos de invenção em nossos processos de trabalho? Como extrair potência de vida da experiência concreta destes corpos enrijecidos em ambiente de trabalho? O que insiste, mesmo nas soluções não falsas e não efetivas, mesmo nos corpos blindados. O que insiste?

III.5 VIDA E MORTE NO PARADOXO DO CORPO CRIATIVO

comment ça va? (Fizemos a única pergunta que sabíamos em francês)

O refugiado responde em língua francesa algo que não conseguimos entender (o habitual intérprete que o acompanha não havia ido àquele dia).

Depois de uma breve pausa, tentamos entrar em contato com uma assistente social que imaginávamos ter fluência no idioma. Não obtivemos sucesso. Foi então que abrimos um tradutor simultâneo na internet. Digitávamos, pedíamos para ele ler. Fazia sinal de que estava entendendo. Então pedimos para ele digitar o que estava acontecendo, e aí conseguimos situar-nos e encaminhá-lo ao procedimento necessário. (Comissão de Humanização, 2011)

Eu ando guardando algumas caixas de gaze, luva. Não consigo entender como esse tipo de material básico pode faltar em um hospital como este. Estou fazendo isto porque já peguei dois momentos aqui onde eu me vi numa situação complicada: ou eu me arriscava ao cuidar do paciente, sem precaução de contato, ou não fazia nada. (Relato de uma trabalhadora, 2011)

Acompanhando os rastros do movimento que nossas perguntas dispararam, entramos neste tópico indagando **a que estão servindo** os processos de criação/invenção nos ambientes de trabalho?

A experiência da nossa caminhada nos mostrou que os processos de criação são como ferramentas, armas que em si não são boas ou ruins, não carregam por si só juízo de valor. E como tal podem estar servindo a movimentos de potencialização do trabalhador (ou das relações de trabalho) ou podem estar anexadas a mecanismos de captura que, assim sendo, amortecem a vibratibilidade dos corpos e, em consequência, os processos de alteração das práticas de trabalho. Mas como pode um movimento criativo ir de encontro à vida como potência afirmativa?

Tentando traçar uma análise dos efeitos de processos de criação que vivenciamos nas práticas de saúde, provocamo-nos em tom de indagação: há movimentos de criação acionados por mecanismos de captura? Há como diferenciar processos criativos que potencializem a vida dos que a amortecem? A que estão servindo os processos de criação no ambiente de trabalho? Como diferenciar um movimento do outro?

Para encaminhar estas indagações necessitamos inserir alguns termos nesta discussão. Trabalhamos aqui com a noção de infidelidade do meio e gestão de variabilidade do meio, enunciadas por Canguilhem (1999) e desdobradas em análises de Yves Schwartz (2007). Sem disparar uma discussão aprofundada acerca destes termos, limitaremos a engrenarmo-nos na ideia que traz força de interferência ao que ensejamos colocar em análise.

Canguilhem postula a ideia de que o meio (de trabalho, de vida) é sempre, mais ou menos, infiel às regras pré-determinadas. Ele jamais se repete exatamente de um dia para o outro ou de uma situação de trabalho a outra. O trabalhador na execução de suas atividades se depara costumeiramente com o acaso. Algo que foge as suas predeterminações, ao que costumeiramente é tabulado como sua tarefa ou atribuição. Do refugiado que chega ao hospital sem intérprete à luva que falta no ambiente de trabalho, o meio (material de trabalho, relações profissionais, ânimo do paciente), via de regra, é infiel à ideia de que nada irá variar. Algo sempre foge ao *script*.

De maneira geral, somos convocados como profissionais a fazer uma gestão da infidelidade do meio (Canguilhem, 1999), do que foge ao *script*. É justamente o enfrentamento da nossa forma-trabalho com um real fugidio, inquietante, que nos convoca a um reposicionamento sempre provisório, sempre aberto a outros confrontamentos reais. Sempre variável. Por vezes, criamos maneiras, jeitos, estilos de fazer a gestão destes pequenos caos que emergem dia-a-dia nas nossas práticas.

A questão é que este movimento inquietante e instituinte de produção, potência de criação de outros modos de estar nas relações com o trabalho e com a vida, por vezes é vampirizado em nossas próprias relações de trabalho, levando-nos a uma situação paradoxal: ‘é justamente em prol de uma vivificação dos processos (de trabalho/de vida) que nos mortificamos’.

Explico-me: Na experiência concreta, as situações-desafio que enfrentamos no sistema público de saúde convocam o trabalhador a reinventar-se de maneira reiterada

(estocando material, controlando a medicação, estabelecendo diálogos com a família e com o paciente, produzindo redes informais para garantia de resolutividade). No entanto, este processo inventivo que potencializa o trabalhador e confere “certa” resolutividade a alguns atendimentos é o que, muitas vezes, paralisa o processo de alteração/perturbação dos modelos e das ações em saúde vigentes. O exemplo concreto de intervenção de uma trabalhadora no campo de saúde mental reflete o que ensinamos pontuar:

A gestão local de saúde mental e todos os técnicos, conscientes das inúmeras problemáticas que envolviam a implantação de um serviço de tal porte, tentaram criar estratégias que cobrissem tal necessidade, realizando bazares comunitários para arrecadar dinheiro, fazendo rateio financeiro entre os profissionais para adquirir suprimentos. (...) Precisávamos de um carro para dar continuidade aos matriciamentos que faziam. Tentávamos criar estratégias pegando carro de outro CAPS por alguns dias. Todavia já passou um semestre de inauguração e o carro ainda não chegou. Estamos num nível que agora é urgente, comprometendo inclusive os matriciamentos.

Resolvemos interromper o matriciamento às unidades básicas de saúde como forma de pressão até que um carro fosse cedido à unidade. Sofremos com ameaças de estarmos nos negando a desenvolver uma atribuição, mas sustentamos que era uma tentativa de manter um cuidado real. Vale ressaltar que em pouco mais de 15 dias a gestão liberou o veículo para que os trabalhadores desempenhassem suas ações (Andrade, 2011)

Os vestígios destes encontros-discussão nos apontam que, muitas vezes, a movimentação de criação de estratégias, reinvenção ante à infidelidade do meio, abafa a alteração e modulação de alguns processos de trabalho. Poderíamos denominar um movimento como criativo em detrimento do outro? Acreditamos que neste caso se trata menos do processo criativo dos movimentos e mais de pensar se eles já estão capturados por uma lógica que não produz mais efeitos de indagação nos processos de trabalho. Paradoxalmente, apontamos que, por vezes, é o próprio processo de invenção nas práticas de trabalho que produz amortecimento dos processos de mudança.

Faz-se necessário, portanto, colocar em análise tais processos e seus respectivos desdobramentos ante o contexto auto-modulante de captura e resistência, uma vez que estes podem continuar sustentando soluções contemporizadoras (aquelas que mantêm a falta de luvas e de carros nas instituições de saúde). É necessário indagar a que servem os comandos de uma criatividade em nós uma vez que:

As reivindicações por mais autonomia, autenticidade, criatividade, liberdade, até mesmo a crítica à rigidez da hierarquia, da burocracia, da alienação nas relações e no trabalho foram inteiramente incorporadas pelo sistema e faz parte de uma nova normatividade que está presente nos manuais de *management* que os executivos seguem hoje. (...) A reivindicação por um trabalho mais interessante, criativo, imaginativo obrigou o capitalismo, através de uma reconfiguração técnico-científica de todo modo já em curso, a exigir dos trabalhadores uma dimensão criativa, imaginativa, lúdica, um empenho integral, uma implicação mais pessoal, uma dedicação mais afetiva até. (Pélbart, 2003, p. 97)

É, no entanto, em meio a este embaralhamento entre produção criativa potencializadora e produção criativa amortecedora dos processos de produção de saúde que notamos a perspicácia de análise de alguns trabalhadores quando apontam em alguns processos de trabalho demandantes de “soluções criativas” a metáfora de “enxugar gelo”:

Toda região²⁰ fechou a assistência infantil de emergência e média complexidade. Como este é um ano de eleição, a indicação é absorver toda e qualquer demanda que chegar. O problema é que não dão condições para que isto aconteça. E aí sobra pra quem? Meu celular que ficava tocando de madrugada, domingos, feriados. Como sei que não consigo absorver toda a demanda, arrumei um jeito de esquentar menos a minha cabeça. Não vou liberar todas as vagas para a regulação, mantendo uma margem de manobra. Se for vermelho (classificação de risco mais grave) eu libero. Não vou conseguir dar conta de todas as demandas da região. (Memória da pesquisa, 2011)

Em muitos casos a potencialização dos movimentos está em traçar uma análise da problemática e, por vezes, recusar às demandas de gestão do que é infiel ao meio, sobretudo quando estas gestões servem para abafar os processos de mudança, calar o intolerável (o que faz gritar os problemas). A recusa aqui não é mera passividade, acometimento do trabalho, mas sim potência afirmativa em, algumas vezes, dizer não.

Os corpos e suas blindagens, apresentados no capítulo anterior, podem assumir, diante destas colocações, um outro significado. Entre jogos de captura e resistência, estes (corpos blindados) ora emergem como uma diminuição da capacidade de afetar e serem afetados (amortecimento), ora se constituem como uma espécie de resistência ao movimento de hiper-excitação demandante das práticas de produção de saúde. Não cabe

²⁰

Cinco municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro (leste fluminense)

temer ou esperar, mas colocar em análise o jogo de forças que faz emergir estas formações subjetivas como efeitos de realidade.

Pensamos que esta análise se faz em ato, na experiência concreta com nossos processos de trabalho. Habitar extremos desta experiência pode se constituir em estratégias pouco potentes para os movimentos de intervenção que propomos. Antes, trata-se de um jogar ante os movimentos, um estar na corda bamba, no fio da navalha. Um escorregar por entre as misturas constitutivas dos corpos, construindo um poder de escuta ao diapasão que ora propaga uma capacidade de afetar e ser afetado, ora abafa este potencial. Com Spinoza, denominamos isto arte dos encontros. Não há como saber de antemão o que pode um corpo (nem o que se pode com ele). A arte dos encontros torna-se um estratégico artifício (típico do artífice) para selecionar espaços-tempo de blindagem, excitação, lentidões e acelerações. Convém perguntar neste percurso: O que compõe? O que decompõe? Que criações acolher, que infidelidades refratar? Como manejar as intensidades de diferentes naturezas que atravessam o corpo de modo a construir prudência durante os processos de intervenção? Como usar da autodefesa para manter as mãos abertas? (Nietzsche, 2008)

III. 6 PARADOXO DE VIDA E MORTE NO CORPO BLINDADO

O caso da prudência

O sujeito precisa ficar atento às excitações que o afetam e filtrá-las, rejeitando aquelas que o ameaçam em demasia. A aptidão de um ser vivo de permanecer aberto às afecções e à alteridade, ao estrangeiro, também depende da sua capacidade em evitar a violência que o destruiria de vez (Pélbart, 2003)

“[...] era uma coisa assim, vamos ver até aonde vocês vão, se vocês querem de verdade, que a gente não aguenta mais apostar e depois levar lambada”. (Entrevista S3 – Archanjo 2010)

Disparamos esta travessia ensejando traçar uma cartografia das linhas de força que produzem relações de vida/morte no contemporâneo. Atravessamos este enredo com os vestígios de nossas próprias práticas de trabalho, indagações, impressões, problematizações. Nestes dias em que se borram as fronteiras de tempo, espaço e trabalho (já que e-mails, celulares e lembranças de trabalho nos invadem a todo o momento e em qualquer lugar) somos convocados a pensar as nossas próprias relações de vida diante do trabalho. Se o trabalho invade a vida, esta revida invadindo o trabalho em suas múltiplas dimensões.

Experimentar a dimensão paradoxal do trabalho nos convocou a recompor algumas proposições iniciais de nossa caminhada, fazendo emergir novos sentidos para os efeitos de nossas intervenções. Convocou um pensamento de vida e morte no terreno da concomitância, desviando do modo de alternância em que comumente são colocados. Relações de vida e morte que se rearranjam e se entrelaçam o tempo todo, num jogo movente de composição, decomposição e recomposição que ora aumentam a vibratibilidade dos corpos e suas capacidades de afetar e serem afetados, ora diminuem.

Montamos e remontamos esta travessia do terceiro capítulo, disparados por estas perguntas: o que amortece? O que potencializa? Vimos que não há caminhos prontos, não

há modos preparados, não há receita. Nestes tempos em que somos convocados a remontar as nossas estratégias de intervenção, retomamos a própria ideia de corpos blindados na dimensão do paradoxo.

À época em que essas questões emergiram, estávamos tomados pelo embolamento da capacidade de análise de nossas intervenções. Estas nos conduziam a uma visão sobreimplicada, que tendia a nos fazer atrelar esta ideia a mecanismos de captura e amortecimento da vida.

Ao percorrer a discussão, este sentido foi sendo torcido, e, junto a ele, outros sentidos puderam ganhar visibilidade, contornos diferenciados. O que entendíamos como blindagem dos corpos poderia **também** (mas não só) ganhar expressão de resistência à hiper-excitação demandante dos processos de trabalho em saúde (aqueles comandos que nos impelem a gerir a infidelidade do meio sem necessariamente colocá-los em análise).

O termo “blindagem dos corpos” entra com um sentido em nossa discussão (expressão de captura que diminui a capacidade de vibrar dos corpos) e vai gradativamente se abrindo a outro sentido (expressão de resistência à hiper-excitação demandante das práticas de saúde).

Sentir esta ideia encarnada na própria experimentação nos forneceu elementos para lançar luz sobre este funcionamento. À época não entendíamos as forças estranhas que nos faziam dizer que estávamos entre a “inquietação, o automatismo e a prudência.” E inscrevíamos os movimentos que amorteceram os processos como:

“acontecimentos que nos permitiam acessar a burocratização que circulava entre os corpos e aos quais estranhávamos nas tradicionais relações estabelecidas nestas unidades hospitalares. Para além de moralizar, tratava-se de uma experiência de cognição. Atualização deste jogo movente, para traçar um reposicionamento deste tempo-espço. Traçar a partir desta experimentação novas formas de existência” (fragmento do capítulo II)

Desviamos do discurso moralizante que habita as práticas e suas relações em saúde. Afirmamos que se basear em análises de que “*funcionário público não quer trabalhar*” ou que são “*bons vivans*” aprisiona nossa capacidade de análise em moralismos, maniqueísmos que enfraquecem os horizontes do que ensejamos modular. Antes pensamos isto como um jogo de forças que se atualizava a cada momento em nossos corpos, rearranjava-se fazendo com que, por vezes, nossa capacidade de afetar e ser afetado diminuísse. Era a perda do nosso potencial de vibratilidade. Era uma *vontade (potencial de resistência): era uma vontade amarrada (mecanismos de captura)*.

Em Nietzsche e em Pélbart fomos encontrar fontes conceituais para remanejar esta vontade amarrada em vontade de potência. Converter a vontade amarrada em frentes de infiltração para a promoção de mudanças. Manejar as intensidades da vida, os efeitos das forças em nós. A ideia central: O corpo, ele próprio cria blindagens como mecanismos para proteger a vida das próprias forças caóticas da natureza e é, no entanto, justamente este mecanismo que amortece a vida. É a vida se protegendo da morte, proteção que mata a própria vida.

Fomos à busca de elementos para desdobrar esta inflexão com uma pergunta na mão: é possível construir um manejo para não cair em extremos de intensidade nestas experimentações (aquelas excitações de vitalidade que ameaçam a própria vida do corpo)?

Pélbart já nos lança ao início deste tópico uma indicação:

O sujeito precisa ficar atento às excitações que o afetam e filtrá-las, rejeitando aquelas que o ameaçam em demasia. A aptidão de um ser vivo de permanecer aberto às afecções e à alteridade, ao estrangeiro, também depende da sua capacidade em evitar a violência que o destruiria de vez (Pélbart, 2003).

Stiegler (2001) faz uma leitura nietzscheana apontando que todo sujeito vivo é, primeiramente, um sujeito afetado pelas forças, um corpo que sofre de seus encontros, da alteridade que o atinge, da multidão de estímulos e excitações que cabe a ele selecionar, evitar, escolher, acolher.

Nietzsche nos fornece pistas de uma “seleção possível”. Em *Além do Bem e do Mal*, tece uma análise que produziu sentido em nossas inquietações. Para o autor, o espírito se assemelha, antes de tudo, a um estômago (Nietzsche, 1971). Um órgão que em seu funcionamento digere, processando uma seleção entre o que assimilar e o que rejeitar.

É o que Peixoto Jr. (2010) vem denominando como metáfora gástrica, um funcionamento similar ao do estômago em que o órgão (espírito) inicia um processo de assimilação de um “corpo estranho” ao nosso organismo através de uma relação de forças que opõem, resistem, cedem. Em meio a este processo, dá-se uma distinção como efeito do próprio movimento de assimilação: têm-se, então, a boa digestão (nutrição potente) e a má-digestão (dispepsia).

Numa nutrição potente, há um empreendimento de esforços (dolorosos inclusive) para promover o processo de assimilação deste algo estranho que invade nosso estado de existência. Uma luta para traduzir esta estranheza em algo assimilável que, incorporado a nosso ser, aumenta a força da nossa capacidade existir.

Há, no entanto, um movimento de dispepsia ou má digestão. Seguindo esta metáfora, Peixoto Jr. pontua a capacidade do organismo de recusar os elementos (os corpos estranhos) **que ameaçam o corpo em demasia**. O aparelho gástrico se fecha em seu processo de assimilação, deixando passar os elementos estranhos que ameaçariam a própria destrutividade do corpo. Há, no entanto, vestígios desta passagem, um mal-estar.

Não é a toa que Nietzsche lança ao espírito a ideia de um funcionamento corporal. Para falar de espírito e consciência ao invés de apresentar alguma teoria abstrata de sonhos e representações, ele recorre ao corpo nas suas pulsações e vicissitudes. O corpo torna-se a metáfora potente para pensar as faculdades de todo aparelho psíquico que este tende a empreender no estudo de Genealogia da Moral. Longe de ser um estudo de fisiologia descritiva, trata-se antes de um movimento que borra as fronteiras historicamente marcadas entre corpo e mente, corpo e espírito.

Destas inflexões tomamos algumas reflexões: cada corpo (sujeito) possui uma espécie de capacidade digestiva, que denominaremos aqui jeito, estilo. O corpo vai criando marcas ao percorrer sua trajetória de vida e, conseqüentemente, filtrando o que incorporar, quando e como. Diante das intensidades que convocam o corpo, torna-se necessário construir filtros, rigores em meio a estas experimentações. Uma espécie de manejo deste aparelho de assimilação que torna possível nos alimentarmos do mundo sem necessariamente nos perdermos nele.

Existir passa por um processo de experimentação em que ora aumentamos a potência de vibratibilidade dos corpos, ora diminuímos. Os encontros e o acaso são refeições nas quais não há como saber de antemão se uma alimentação será mais nutriente para o corpo, ou mais dispéptica. A saúde nada mais é do que um manejo que seleciona os encontros, mas também um manejo com o que se faz dos encontros (sejam eles bons ou ruins).

Da noção de blindagem, a partir da inflexão nietzscheana, podemos tomá-la como uma intensidade exagerada e mal digerida que não só provoca dispepsia (mal-estar), como também fecha o corpo. Um espécie de estômago embrulhado. Como apontado na citação que abre este tópico: “era uma coisa assim, vamos ver até aonde vocês vão, se vocês querem de verdade, que a gente não aguenta mais apostar e depois levar lambada” (Entrevista S3 – Archanjo 2010).

Esta citação vem da fala de um coletivo de trabalhadores durante um processo de intervenção de alguns consultores do MS em uma unidade federal do Rio de Janeiro. A “lambada” que pontuam trata de um movimento característico nas práticas e ações em saúde: projetos políticos marcados pela efemeridade das gestões governamentais, que não ganham sustentação possível de continuidade. Diante destes movimentos, trabalhadores que apostam em movimentos de mudança, muitas vezes, experimentam um vai-e-vem das pautas prioritárias dos governos e das unidades hospitalares, onde, se um momento a

prioridade são os hospitais de alta complexidade, no outro rapidamente se torna a atenção básica da zona oeste.

Este é um dado de realidade que tem afetado muitos trabalhadores e produzido graus de adoecimento nos profissionais de saúde: o potencial de descartabilidade dos projetos em que estes estão imersos. A rapidez com que as prioridades são remanejadas arrasta, muitas vezes, os fios mínimos para a sustentação das práticas de saúde. Interessamos, aqui, pensar os efeitos destas experiências nos corpos dos trabalhadores, de onde surgem falas como “de tanto esquentar e esfriar, esquentar e esfriar, a gente endurece”. Fenômenos que precisam ser evidenciados como desafios a serem enfrentados nas práticas de saúde.

Mantemos aqui indagações: como manejar as intensidades das experimentações de forma a converter a vontade amarrada (efeito dos endurecimentos e blindagens) em frentes de infiltração para as práticas de mudança?

Encontramos um termo numa conferência de Luis Orlandi (2009) para profissionais de saúde. Trata-se da noção de **prudência**.

Orlandi (2009) nesta conferência gradativamente levanta questões a respeito das práticas de experimentação dos profissionais. Puxando diferentes momentos da obra de Deleuze, ele se propõe a seguir as pistas do que este filósofo anuncia como prudência.

Ao perguntarmos pelos alimentos que nossos corpos orgânicos devem consumir para o seu bem, ao perguntarmos pelos mais variados cuidados propícios ao seu pleno e bom funcionamento, estamos perguntando, a rigor, pela melhor “mistura”, pela melhor composição possível entre nossos corpos e os demais, sejam estes grandes, pequenos, minúsculos, sejam eles feitos desta ou daquela matéria, estejam próximos ou distantes...

Que nome dar ao **conjunto dos cuidados** tendentes a assegurar uma confiança mais duradoura em nossos encontros marcados pela problemática da saúde corporal ou mental?

Equivocando a ideia de senso comum (prudência como um cuidado meramente biológico com a vida), ele atrela o termo prudência à experimentação de um “algo forte

demais”. Trata-se, segundo o autor, de uma questão paradoxal, uma vez que para criar é necessário entrar em contato com este forte demais e, no entanto, é justamente este algo forte demais que pode, por algumas vezes, destruir o corpo.

A prudência a que nos referimos não se trata de uma prática regrada que objetiva a preservação de domínios orgânicos, funcionamentos, estados de preservação ou de conservação do ser. Trata-se de algo de uma natureza diferente. Prudência como arte de experimentação das intensidades, deste “algo forte demais”. Uma arte envolvida nas intensificações de uma vida.

Arte das doses. Deleuze e Guattari (1996) pontuam de maneira reiterada a palavra prudência ao falar deste movimento de experimentação das intensidades, no qual faz um alerta: “É necessário guardar o suficiente do organismo para que ele se recomponha a cada aurora” (P. 23)

Temos nos perguntado de maneira reiterada em nossas práticas de saúde como fazer isso. Como construir uma prudência que torne possível nos defender das ameaças de intensidades em demasia ao mesmo tempo construir uma habilidade para estar à espreita deste “algo forte demais”?

Como indicam os autores, há uma indicação que não é uma receita. Não há um modo certo de experimentar o mundo e sua complexidade. Mas há ferramentas para se tecer uma análise destes encontros em seus graus de composição ou decomposição, em suas potencialidades e dispepsias.

Nestes tempos em que os fenômenos de cooperação ganham cada vez mais a força-invenção para transformação da realidade, podemos dizer que, de maneira coletiva, estamos inventando um jeito de promover a sustentação destas práticas de experimentação de novos arranjos relacionais e metodológicos em saúde. Arranjos forjados com a força informe de um coletivo que vem promovendo a sustentação de novas ações e novos modos de fazer.

Nossa experiência vem apontando a CTH como um dispositivo disruptivo para o enfrentamento destes dois desafios que pinçamos a partir desta discussão: a construção de uma prudência e um manejo das intensidades / o enfrentamento de práticas efêmeras que têm-se instituído com frequência no cenário da saúde carioca (os projetos-piloto). A sensação é a de que estes dois desafios se interligam em diferentes conexões e sentidos. Não são desafios isolados. Por ora, propomos deixar esta questão em suspenso para encontrarmos ela e suas devidas modulações no avançar do texto, sobretudo no quarto capítulo que se lança a pousar no movimento deste fórum.

Retomaremos, neste fechamento de capítulo, as estratégias e remontagens dos movimentos de intervenção.

III.7 RETOMANDO AS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO - REMONTANDO OS MOVIMENTOS

Antes do pouso de fato **na** CTH (nosso último capítulo), falaremos de um pouso **da** CTH. Este, na unidade hospitalar na qual disparamos nosso processo de experimentação. A Câmara Técnica de Humanização encontra o comitê de humanização para fornecer apoio intensivo às questões que havíamos levantado nos momentos iniciais da nossa escrita.

O encontro, por si só, torna-se um catalisador de outros movimentos na própria unidade. Alguns membros que há certo tempo não apareciam nas discussões após o arrefecimento dos processos de intervenção chegavam lentamente na sala de reunião à espreita do que podia acontecer.

A discussão entre os consultores da Política Nacional de Humanização e os profissionais da CTH esquenta, mas parece não encontrar “saídas”, caminhos possíveis para se pensar alternativas, encaminhamentos aos processos de intervenção que empreendíamos. A gestão (direção administrativa) havia mudado, e ainda estávamos num estranho lugar que embolava nossas capacidades de análise (ao mesmo tempo em que havia legitimação como representantes da humanização, não havia uma sustentação possível das problematizações que empreendíamos).

Os consultores tentavam construir possíveis, procurar frestas, traçar recomposições, pensar reposicionamentos outros, colocar em análise as sobreimplicações no ambiente de trabalho, mas a discussão parecia girar em círculos.

Estranhamente, havia no grupo que ali estava uma disponibilidade em pensar estratégias de intervenção possíveis, mas a sensação era de que a cada estratégia de rearranjo dos consultores vinha uma expressão em coro: isto já foi tentando, já fizemos, não adianta. Algo bloqueava, amarrava.

Continuamos numa tentativa de prover possíveis para movimentação daquele grupo. Falas, silêncio, falas...

Uma trabalhadora toma a fala e faz algumas pontuações. Ela tinha o cabelo vermelho e uma voz inidentificável (não a reconhecemos à primeira vista). Falou das suas impressões sobre os processos de humanização na unidade:

Estamos passando por um momento de desestabilização por aqui. Toda vez que há mudança na direção do hospital acontece isto. Os projetos tendem a não ter continuidade. Isto não é só com a humanização, é com os nossos projetos também. Ainda não entendemos a que veio esta gestão, mas parece que ela não está ajudando a dar continuidade ao que queríamos. Nestes momentos em que não há como fazer muita coisa num âmbito maior (em toda unidade) a gente está se voltando para as nossas próprias práticas, no micro, no dia-a-dia, e fazendo passar os movimentos de humanização por aí. Na relação com o usuário dentro do consultório, na avaliação social com o usuário. É isto que estamos tentando fazer na geriatria (Memória de pesquisa, 2011)

A fala produziu expressões de surpresa, os membros do comitê de humanização se entreolharam e olharam para a trabalhadora. Aquela fala tinha se constituído em um disparador que desbloqueava modos de fazer e de ver aquela unidade. Aquilo que estava ali o tempo todo e, contudo, não conseguia ganhar visibilidade. No entanto, àquele momento, fazia-se claro. Um novo jogo de luzes se evidenciava.

Havia um rearranjo de forças que nos convocava a outro movimento de atuação naquela unidade. O grupo de humanização como um comitê não mais ganhava potência em grandes planos de intervenção como implantação da visita aberta, da classificação de risco, direito do usuário. Se num determinado momento algumas experimentações se estruturaram como dispositivos, diretrizes e princípios para poderem fazer passar a aposta de uma humanização nas práticas e relações em saúde, parece que uma reconfiguração nos convocava a espreitar o “SUS que estava dando certo” a partir de “ações” que víamos acontecer no dia-a-dia.

Pegar o movimento das práticas que emergiam em meio aos encontros do cotidiano. Entrar nestes movimentos: profissionais de diversos serviços que ampliavam extraoficialmente os horários de visita num movimento crescente e visível; médicos cirurgiões que faziam “no braço” uma rede para transferência dos pacientes de uma unidade para outra, os bolos de aniversário que um grupo de residentes fazem para pacientes (alterando positivamente o vínculo que já era potente); a sensação de aflição que passava por toda uma equipe de profissionais quando, a um paciente jovem, resta a comunicação difícil de que haviam feito o possível. Dor, aflição, lágrimas... O projeto ético-político da humanização movimentava-se e vibrava bem ali, nas enfermarias e nos ambulatórios... Estes espaços-tempo onde “há um momento que não é mais do que aquele de uma vida jogando com a morte.” (Deleuze, 2003)

Era preciso pegar o movimento. Entrar no movimento. Somos convocados, mais uma vez, a (re)entrar no movimento de um SUS que vem dando certo nas pequenas vibrações do dia-a-dia. Somos convocados a remanejarmos-nos diante de um novo cenário, ante os mecanismos que, não obstante, capturaram e arrefeceram o potencial disruptivo dos dispositivos que utilizávamos em outros momentos.

A colocação dos próprios trabalhadores configurou nossa capacidade de visão, em reunião, em roda. Um arranjo coletivo que não apenas ofereceu sustentação para a “vista turva”, mas que possibilitou novas direções de olhares a serem investigadas. Ressaltamos, portanto, a institucionalização (no seu sentido de engessamento) dos processos de intervenção iniciais que vínhamos colocando em análise, não necessariamente do arranjo coletivo que, com maior ou menor número de pessoas, vem oferecendo sustentação para o mergulho em experiências naquela unidade hospitalar.

Isto aguçou a nossa bússola para tecermos outros fios de busca-construção. Vimos a construção de possíveis em alguns espaços e serviços no sentido de tecer uma articulação potente com o usuário, um manejo acolhedor da família ante o processo complexo de doação de órgãos, o acolhimento de refugiados...

Em pequenos desvios vamos remontando novas frentes do que denominamos projeto político da humanização, tentando refratar o caráter efêmero dos projetos-piloto, carentes de forças de propulsão dos movimentos, mantendo, desta vez, um número menor de frentes que visam mais à intensificação das práticas e menos à difusão extensiva e instituída de ações, uma vez que nomes como “visita aberta” ou “direito ao usuário” se tornaram pouco palatáveis aos administradores gerenciais e chefes de serviço.

Como Rolnik (1989) pontua, o cartógrafo é antes de tudo um **antropófago!** Em nosso caso, pontuamos que, em todo e qualquer lugar que farejarmos rastros de vida, nos alimentaremos de encontros e ensejaremos movimentos que promovam a assimilação destes encontros como fonte inesgotável de vida nos processos de saúde. Nosso movimento?

A longa preparação destes anos em saúde pública que nos ensinaram a achar, conectar, articular, fortalecer, cooperar, expandir,

sendo tarefa do cartógrafo dar língua aos afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que parecem possíveis para a composição de cartografias que se fazem necessárias. O cartógrafo é antes de tudo um antropófago (Rolnik, 1989, p. 16).

Existimos, a que será que se destina? Insistimos!

IV

O POUSO NA CÂMARA TÉCNICA DE HUMANIZAÇÃO DO RIO DE JANEIRO

Chegamos ao pouso, ao quarto e último movimento. Pousamos, mas não paramos. Experimentamos um pouso-movimento. Como nos indica Kastrup (2009), uma parada no movimento e não uma parada do movimento. Pousamos neste último movimento, portanto.

Ainda não sabíamos como a Câmara Técnica de Humanização iria entrar na composição desta escrita. Fomos escrevendo. Deixamo-nos levar pelo embalo da indicação do movimento institucionalista: transformar para conhecer; desdobramos esta indicação num espírito de escrita. Não escrever o conhecido, o visitado ou o traço acostumado. Antes, exercitar uma recusa às palavras que se acostumaram em nossos ouvidos, aquelas que já não ouvimos quando falamos. Tarefa árdua. Aposto. E, como toda aposta, nem sempre vencemos. No entanto, insistimos.

Rasgar o traço acostumado em nós significava um combate com o nosso próprio modo de escrever e de sentir esta escrita. E ainda suportar o não-sentido em meio ao escrever, a vibração do ainda não-expresso em elementos desconexos, heterogêneos, linhas de não-sentido.

Não estamos caminhando sozinhos. Perguntas como “ainda não sabemos o que vamos fazer” e “qual o sentido deste caminho que tomamos” acompanhavam nossa viagem. E com elas tentamos tocar nossa caminhada. Tentamos suspender certas expectativas e inclinações, uma vez que notamos nelas os “sentidos visitados” dos quais queríamos desviar.

Por vezes, os sentidos visitados nos visitavam novamente. De repente, notávamos: “Já chegamos aqui”, “De novo?”. Em círculos fomos sentindo em nosso corpo a cautela apontada por Kastrup quando menciona Freud (1912): se fizermos uma seleção (de dados, de falas) seguindo nossas expectativas, estaremos arriscados a nunca descobrirmos nada além do que sabemos.

Os elementos desconexos e heterogêneos vinham, então, com a força daquilo que tem potência para diferir. Rasgar o traço acostumado. Era preciso sustentá-los. Este

movimento seria condição para experimentar a escrita como uma cartografia. Para esta caminhada foi de grande valia a noção de Atenção Flutuante. (Freud, 1912)

Esta nos fazia experimentar uma dinâmica de atenção sem focalização inicial. Rastrear as pequenas perturbações, deixando algumas coisas em suspenso, espantar algumas visões tendenciosas. Um exercício que “permite a captação não apenas dos elementos que formam um texto coerente e à disposição da consciência do analista, mas também do material desconexo e em desordem caótica”. (Kastrup, 2009, p. 36)

Seguimos então nossa viagem, sustentando os elementos aparentemente heterogêneos que emergiam em meio a nossa escrita. Algumas vezes retirávamos algumas passagens difusas, e, no entanto, estas sorratamente ressurgiam por entre as vírgulas de outro parágrafo. E então deixávamo-nos lá. Repousando.

Deixamos repousando este momento final por um longo tempo, pois entre o capítulo II e III emergiram, durante uma palestra, conectores que encadeavam esses dois capítulos, trazendo sentidos que nem nós esperávamos. E, no entanto, era algo que já estava lá. Como virtualidade. Estados de vibração que ganhavam forma em conectores.

Embarcamos neste funcionamento, fazendo dele nossa política de escrita. Encontramos muitos elementos-surpresa. Cortamos, repousamos, conectamos, na perspectiva de produzir em meio ao movimento.

Com estas colocações aterrissamos no pouso, nosso último movimento. Necessitamos, no entanto, fazer um ajuste fino em nossa bússola para retomar o nosso percurso.

IV.1 AJUSTANDO A BÚSSOLA

Exercitar a cartografia exige rigor que se faz necessário para não se perder em meio à caoticidade dos caminhos que ensejamos traçar. Estar aberto ao que se passa não é necessariamente estar aberto a tudo. É preciso rasgar o traço acostumado, mas não só: é preciso que se produza outro traço em meio à produção de outras ferramentas.

Kastrup (2009) nos aponta a necessidade de diferenciar os elementos inusitados que surgem como potência da escrita de elementos que apenas dispersam de maneira reiterada atenção do aprendiz-cartógrafo: “Muitos deles passam, entretanto, de meros elementos de dispersão, no sentido em que produzem um sucessivo deslocamento do foco atencional”.

No exercício desta experimentação, vimos que não existe uma receita para fazer esta diferenciação (levam-nos a caminhos inusitados as pistas que nos fazem apenas dispersar das que produzem potência). É uma prática de tateio.

É, portanto, em meio a encontros e perdas que vamos exercitando um tônus atencional, afinando a sintonia para entrar nos movimentos que ensejamos cartografar: as pequenas vibrações que pedem passagem, pequenas vibrações que se inquietam em meio ao engessamento de alguns processos.

Algo vem como clarão em meio à escrita: este fórum de discussão (CTH) constituiu-se em um modo-funcionamento que sustentou, durante todo o tempo desta pesquisa, os movimentos de experimentação, os processos de intervenção que se positivaram em práticas potentes e também as frustrações. Um espaço privilegiado para colocar os processos de trabalho em análise, construir (ou tentar) caminhos, inventar maneiras que apontassem para mudanças positivas nas práticas de cuidado e de gestão.

Falávamos no início do capítulo II de uma experimentação, com seus desdobramentos e efeitos, que gerava certa ressonância entre o Comitê de Humanização da

unidade hospitalar em que fazíamos intervenção e as experiências que circulavam na própria CTH.

O que circula atualmente neste fórum são experiências de 6 unidades hospitalares federais do Rio de Janeiro, 6 institutos federais, 1 hospital universitário, 1 policlínica universitária, a divisão de saúde do trabalhador de uma fundação pública federal e um hospital municipal público.

A configuração da Câmara Técnica de Humanização foi disposta de maneira que os encontros fossem registrados em “memórias da CTH”, que, de maneira diferenciada de uma ata, foi pensada com a função de se constituir um registro estratégico para tornar possível uma linha histórica de construção coletiva deste fórum. Ao longo do tempo, este fórum foi trocando de grupo condutor e de coordenação, de modo que algumas memórias não puderam ser resgatadas. Fizemos, no entanto, um apanhado das memórias e de alguns documentos para “entrar no movimento” da Câmara Técnica de Humanização do Rio de Janeiro.

Não temos a intenção de contar “A” história da Câmara Técnica de Humanização. Algumas publicações e outros documentos oficiais já se interessaram em fazê-la. Nosso interesse é outro. Queremos contar uma história, um passear pelas leituras de algumas memórias não só da CTH, mas do que denominamos memórias intensivas, aquelas que disparavam um encadeamento de lembranças, vivências, apostas e movimentos próprios de constituição deste fórum.

Trata-se, portanto, de leituras que nos abriram outras dimensões de sensibilidade, conectando pontas antes desconectadas, permitindo uma visada do movimento, lembranças de antigas estratégias que não haviam se efetivado, mas que para a conjuntura atual se tornara possível.

Revisitando as memórias da humanização, se em algum momento pensávamos apenas colher informações para traçar análises, a cada página virada produzíamos novas

análises, novas problematizações, conexões outras com os questionamentos que ainda pairam nas discussões atuais do fórum. Vivenciamos para além de uma análise burocrática diante das visadas de papéis, uma espécie de memória intensiva produtora de novas análises e incitadora de novos problemas.

É diante desta memória intensiva que nos propomos a debruçar para a análise da nossa pesquisa neste pouso na CTH-RJ. Uma memória vibrante que dá força aos corpos e nos enche de vontade de potência. Vontade de continuar o percurso do que está dando certo e revisitar e colocar em análise o que está emperrando, promovendo ajustes finos neste pouso em movimento que nos faz (re)direcionar o foco atencional tanto nesta pesquisa quanto nas intervenções a que nos propomos naquele espaço. Dito isto, mãos à obra.

IV.2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO MOMENTO HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO DA CTH

Eram tempos de extrema tensão no Rio de Janeiro. Tempos em que a mídia se debruçava sobre os hospitais e unidades públicas de saúde, construindo dossiês, boletins diários e especiais com vistas a anunciar o “Grande Caos na Saúde” deste estado. Os primeiros meses de 2005 chegaram com uma efervescência que atingia proporções ministeriais.

Assim foi montada a imagem do prefeito polêmico que rivalizava com os governos federal e estadual quando convocado a dar respostas sobre a crise da saúde na cidade do Rio de Janeiro no ano de 2005²¹; da governadora que ficara no meio do tiroteio entre prefeitura e governo federal e do próprio Ministério da Saúde que desembarcara no Rio em março de 2005, com decreto presidencial numa mão e um arsenal técnico-militar na outra

²¹ Estamos situando o caos na saúde do estado do Rio de Janeiro, no início do ano de 2005, quando a saúde foi anunciada como calamidade pública pelo governo federal que interferiu na administração da saúde do município do Rio de Janeiro, retirando-lhe a gestão plena e refederalizando algumas unidades hospitalares. Maiores informações ver: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2005-03-03/cesar-maia-sera-interpelado-judicialmente-por-declaracoes-contras-ministerio-da-saude-diz-secretario>.

como resposta salvadora e “quase milagrosa”²² para o caos na saúde pública, que não afetara apenas o município, mas todo o Estado.

No entanto, a despeito das linhas de oposição que se montavam entre as três esferas administrativas com direito à interpelação e resposta judicial às entre-acusações, o que se percebia como fato comum (e parece que todos sabiam) era que o caos na saúde se constituía apenas “o efeito visível” de toda uma linha histórico-política na qual estava mergulhada a saúde pública do Rio de Janeiro.

Emergia uma explosão como efeito da relação truncada entre uma cidade que tinha robustez administrativa de capital federal (com direito a dezenas de hospitais especializados, de alta complexidade e inúmeros institutos e fundações) e que havia perdido este posto há pelo menos 45 anos, um estado que surgira como fruto da fusão entre dois estados (Guanabara e Rio de Janeiro) com aparato administrativo pouco resolutivo para gestão de municípios do porte da ex-capital e uma administração federal que tentava, a duras penas, se desgarrar da relação de filiação que estabelecera com o município do Rio²³.

É sob esta relação truncada que Parada (2001) vai se debruçar para “analisar a formação do Sistema Estadual de Saúde sob a ótica da descentralização e das relações intergovernamentais”. Na esteira desta discussão, ele observa que a estratégia das forças favoráveis à fusão dos estados da Guanabara e Rio de Janeiro, qual seja, consolidar um pólo de desenvolvimento poderoso no Rio de Janeiro, a ser obtido pela integração política e econômica dos dois estados, possibilitando maior equilíbrio federativo, não atingiu a área da saúde. Segundo ele:

Em todo percurso histórico da formação deste sistema, observou-se que há indícios de que a fusão não tenha ocorrido na área da saúde. O município do

²² Boletim da Asduerj.

²³ O Rio de Janeiro é o estado que abriga a quase totalidade de unidades federais de média e alta complexidade do Sistema Único de Saúde. Praticamente todas se localizam na capital. No final dos anos 90 e início dos anos 2000, o Ministério da Saúde, tentando seguir o pacto de descentralização, repassou algumas unidades federais para gestão municipal e junto a isso a promessa de subsídios para a manutenção desta unidade. O que se viu no desdobramento disto foi um sucateamento das unidades municipalizadas e um ataque mútuo entre os gestores municipais e federais. Em 2005, na época da intervenção federal, o município perdeu a gestão plena da saúde e várias unidades foram refederalizadas.

Rio de Janeiro atua autonomamente, auto-referido, sem dependência do estado e estabelece relações diretamente com o governo federal. (Parada, 2001).

A consequência clara do caos vivido em 2005 no Rio de Janeiro expressava-se na experiência concreta dos cidadãos. Estes, quando procuravam atendimento na robusta estrutura administrativa, tinham que vencer uma corrida de obstáculos. Longas filas com suas próprias lógicas e esquemas de funcionamento, dada a rotina diária com que se formavam:

O pessoal tinha que chegar por aqui na noite do dia anterior para conseguir ficha para atendimento, senão não encontrava vaga. E aí o que acontecia é que isso acabou facilmente virando um esquema de comércio. Ambulantes se amontoavam nas portas das unidades para vender vagas nas filas. O mais interessante é algumas quantias já estavam tabeladas. (Memória de pesquisa, 2011)

As comissões de saúde se amontoavam em grupos de deputados para resolver questões. Concursos foram providenciados para dar conta do déficit de funcionários nas unidades em diversas esferas administrativas. Diversas reportagens desta época se apressavam em apresentar o sucateamento das unidades de saúde, os riscos de contaminação, a superlotação, a precarização dos funcionários, lixo hospitalares sem recolhimento, falta de vagas.

No meio disto tudo os vários funcionários de diferentes esferas administrativas tentavam, ao mesmo tempo, buscar alternativas para o caos e a complexidade instaurados na região e aproveitar a grande sensibilidade pela qual todos passavam para fazer também suas formas de protesto sob a forma de fitas de luto nos jalecos: “A gente só enxuga gelo e apaga incêndio há muito tempo”. Tentavam em certa medida anunciar o período de sucateamento pelo qual passaram nos períodos anteriores (o acumulado de cerca de trinta anos, período de extinção do estado da Guanabara).

Havia-se estourado o caldeirão. Os políticos do executivo se posicionavam à frente das câmeras diariamente para dar respostas prontas às perguntas prontas dos jornalistas, os do legislativo se esgueiravam na posição de fiscalizadores, montando comissões, investigações, os usuários se acumulavam no meio de suas queixas. Havia toda uma

montagem para a máquina estatal responder à crise como lhe era de costume, injetando recursos e confiança para conter o caos que contaminava toda cidade.

Era preciso conter o caos que se instalara nas ruas do Rio de Janeiro. A gestão plena dos recursos e de algumas unidades hospitalares fora capturada pelo Ministério da Saúde (MS). Tomaram o apito do prefeito da cidade, que esbravejava cobras e lagartos, jogando a culpa na união. Em meio à refederalização de alguns hospitais, coronéis e oficiais de alta patente começaram a aparecer na mídia para anunciar a montagem de hospitais de campanha para conter a “calamidade” da saúde do estado. Queriam eles trazer a sensação de segurança e conforto por que os momentos de fragilização rogam? Tampar o caldeirão?

Era um momento de hiper-sensibilização. Os atores sociais da saúde (trabalhadores, gestores e usuários), ao verem um governo federal “retomando as rédeas” para conter a situação caótica da saúde, esperavam, de alguma maneira, uma espécie de calma, um tranquilizante.

A intervenção federal e a consequente amputação das autonomias (retomando uma ação direta com as unidades e excluindo estado e município das conversas) ressoavam com o termo de Caos Federativo apontado por Parada (2001) para analisar os efeitos de desestabilização e indefinição dos entes federativos (estado e município) quando o município do Rio de Janeiro perde o *status* de capital.

Seria este um forte indício de que a fusão realmente não se efetudara no campo da saúde? Seria o retorno da união e a refederalização dos hospitais o alívio e conforto que trabalhadores e população necessitavam para voltar ao estado inicial de suas vidas? Em certa medida a união chega temporariamente (no momento de intervenção propriamente dita) e chega para ficar (quando da refederalização de unidades hospitalares de maneira permanente).

O que a contenção dessas linhas caóticas, desenhadas nos anos de 2005, representam para a saúde pública no Rio de Janeiro, para o diálogo entre os entes federativos, para a formação das redes de saúde?

Parada (2001) faz a afirmação de que a fusão na área da saúde não fora de fato concretizada. Paramos um bom tempo nesta afirmação a que faz menção o autor. A ajuda de alguns interlocutores nos faz balbuciar algumas indagações em meio a este movimento. A análise realizada pelo autor de que a fusão não acontecera no campo da saúde não seria uma armadilha que nos captura no terreno do antagonismo?

Já nos enveredamos pela discussão apontada por Parada nesta e em outras análises anteriores. Ressaltamos a importância do resgate histórico e das atualizações que este faz acerca de alguns desafios a serem enfrentados no estado do Rio de Janeiro. No entanto, experimentamos, também, um desdobramento em análises que nos levavam a caminhos que paralisavam a nossa potência de “um diferir”, “uma sustentação de uma escrita-experimentação” que ensinamos desde os momentos preambulares desta pesquisa.

A menção que aponta o autor teve sua importância para **disparar** este movimento final. No entanto, foi no próprio ato de caminhar que olhamos para os lados e nos vimos num mato sem cachorro, sem latido, sem barulho. Parecia que nossas análises haviam sido capturadas por um caráter teleológico e oposicionista: houve fusão? Não houve fusão? Haverá? Vamos propor uma fusão para, quando houver, esta interfira na resolutividade do sistema?

Estávamos nós capturados pela lógica que queríamos desviar. Paramos. Pensamos: “Não descobrimos apenas que o elemento turvo embaça a superfície da água, mas também que ele serve, muitas vezes, de matéria orgânica para manutenção de vida”.

A travessia pelos mares da biopolítica e as turbulências das discussões do capítulo III traziam outras dimensões de análise-experimentação ao movimento que estávamos emulando. Eis a cartografia se expressando em seu caráter vívido. Embate e confronto de

forças em meio ao ato da pesquisa/escrita que se enunciam em contornos, borrões e outros contornos. Forças que, borrando as formas, forçam outros traços e rastros.

Lançamos mão dos rastros que nós mesmos fomos deixando no decorrer desta caminhada: o mesmo elemento turvo que embaça a superfície da água (nosso campo de análise) muitas vezes serve de matéria-orgânica para a manutenção da vida. E então vieram, como que em rastros imagéticos, a boca banguela da Guanabara e seu riso... de funk, de mangue, de vida... seu riso diferente.

Contagiados pela lembrança do riso da boca banguela, afirmamos que não temos nada a desejar. Produzimos desejos em meio ao nosso próprio fazer, na afirmação do riso e na diferença que nele se expressa. Recusamos, portanto, o jogo teleológico impregnado com armadilhas oposicionistas e escorregamos por entre as práticas e intervenções para compor possíveis em meio ao campo de batalha.

Na esteira deste outro olhar que ensinamos, sustentamos ainda os heterogêneos e seus desconexos como força-potência dessa experimentação. Recusamos a sensação anestésica e confortante desta intervenção federal vista por alguns “mais como uma parafernália midiática do que uma vontade política de fazer avançar a saúde no Rio” (Archanjo, 2010).

Acionamos um oficinairo em nós, catamos os heterogêneos, os desconexos, desta pesquisa/escrita na intenção de montar maquinas outras que desviem de abafamentos, tampões ou quaisquer estados de conservação. Também não precisamos aquecer nada. Necessitamos apenas manter a temperatura alta. Criar possíveis em alta temperatura.

Deslizamos então para emular outro movimento, afirmando o caráter processual na constituição do sistema de saúde do estado do Rio de Janeiro que possui seus traços marcantes, singulares e acostumados. Vamos sublinhar alguns movimentos, roçar em algumas rugosidades próprias deste estado que habita a maior parte das unidades federais de assistência. Isso não é pouco. Entre hospitais, fundações, institutos, policlínicas e

núcleos são mais de 20 organizações de saúde. Um emaranhado que comporta uma complexidade singular.

Após breve interferência que sofremos em meio ao processo desta escrita, retomemos e atualizemos este emaranhado histórico de que a CTH emergiu. Estávamos no ano de 2005. Eram anos em que se ensaiavam, no Brasil, projetos políticos para os momentos posteriores. A saúde pública chegara, no Estado do Rio de Janeiro, a um agudo grau de sucateamento.

Pinçamos este cenário da crise na saúde em 2005 que atingia zonas de “calamidade pública”. Um desenho de como esta faceta da insatisfação ganhou expressão neste cenário. Sinalizamos: o que aí emergiu como calamidade pública é apenas o efeito visível destas relações intrincadas e moleculares (virtuais). Ressaltamos com Rolnik (1993) o perigo de agir ou reagir tomando como causa apenas a dimensão “visível” deste jogo intrincado de forças. Lutas como estas se revelam inócuas ou até iatrogênicas. Não alteram as práticas em jogo, as relações em questão, batendo-se e debatendo-se diante do que é apenas efeito visível de um jogo de forças denso e complexo. Como se patinássemos numa superfície lisa sem conseguirmos alcançar outras superfícies, outras dimensões de análise.

Rolnik nos traz a imagem de sentinela-zumbi para caracterizar uma subjetividade sentinela, incubida de fazer plantão sem trégua para evitar que o mal-estar, não problematizado, venha comprometer seriamente o equilíbrio. Como uma Sentinela que, desconhecendo a origem do “ataque” das ações, reage às cegas semelhantemente ao movimento do zumbi.

Torna-se claro, no mergulho que se faz em entrevistas, reportagens, câmeras ocultas e as mais variadas colunas²⁴, que as discussões circulam em torno de temáticas que

24

Entre as diversas entrevistas disponíveis nos jornais de grande circulação, as colunas e as reportagens televisivas pesquisadas, ressaltamos a entrevista que o prefeito do Rio de Janeiro, à época concede ao programa televisivo “Roda Viva”. Damos a indicação desta entrevista porque é nela que temos a dimensão do intrincado jogo de forças que se faz entre os três entes federativos e os embates destes com a mídia e com a população em geral. Torna-se claro que o termo Calamidade Pública, citado inúmeras vezes é efeito de uma

procuram responsáveis, culpados e vítimas desse acontecimento noticiado como calamidade pública.

As perguntas se debatem em questões como: “o senhor não poderia antever este acontecimento?”; “Sua estratégia de não assinatura do acordo era um blefe para que o Ministério da Saúde interviesse? Por que não acordou no governo anterior”; “ a intervenção federal e a requisição dos hospitais Souza Aguiar e Miguel Couto foram abuso de poder, ferem a Constituição? O senhor quer eles de volta? Está brigando na justiça para isso?” Perguntas que se debatem entre si com respostas já prontas ou vindas de maneira retórica para conter a situação. Como tal, estas se constituem num estado de coisas que não encontram ressonância na potência de alcançar o invisível para transformação das práticas em questão.

Ressalta-se, ainda, esta dimensão de intervenção federal e a captura da gestão plena do município do Rio de Janeiro como medidas apaziguadoras do caldeirão político que se estava vivendo à época. No entanto, aponta ainda Rolnik (1993) que o mal-estar desconhecido e não problematizado continua a fazer pressão e com cada vez mais força.

Nossa bússola metodológica, no entanto, lança mão deste mesmo momento político e retroage a alguns anos para fazer um outra entrada. Esta visa a desviar do estado de coisas e das estratégias de conservação que se debatiam entre câmeras de televisão para aproveitar esse momento crítico como problematizador das práticas em jogo e dos modelos de saúde adotados. Um desviar do terror provocado pelo anúncio de calamidade pública com hospitais de campanha das forças armadas invadindo as praças e espaços públicos em movimentos efêmeros para apresentar eficiência à sociedade.

Nosso desvio visa ao encontro de pequenas interferências que produzem as fusões e desestabilizações em nível micro, aquelas que tornam possível a criação de porosidade para

processualidade histórica por que vem constituindo-se a saúde pública no Rio de Janeiro desde à época da transferência do distrito federal para a região que atualmente se encontra.

o rearranjo das práticas de saúde, das relações entre essas práticas e, por conseguinte, um próprio rearranjo existencial.

Nosso desvio abdica, portanto, dos sistemas-tampão para encontrar uma outra entrada federal, cuja aposta ética visa a manter as altas temperaturas, trabalhar com o caos problematizando-o e apostando em novos rearranjos relacionais e metodológicos que possam expressar novos modos de produção de saúde. Eis uma aposta!

IV.3 A QUE VEIO A CTH

(...) Primeiro movimento foi buscar um caminho para desenvolver um trabalho da PNH no Rio de Janeiro: por onde começar? (Entrevista S3, In: Archanjo, 2010)

Eram momentos de rearranjo político e institucional no Rio de Janeiro. Voltamos ao final do ano de 2003. A rede federal do Rio de Janeiro se constituía como um complexo de unidades federais emaranhadas e concentradas quase que totalmente na capital carioca. Havia uma fala hegemônica de que as unidades não dialogavam. Certa vez a diretora de uma unidade hospitalar pontuou que era mais fácil articular um trabalho com unidades de outros estados do que com as próprias unidades do Rio de Janeiro.

Havia, portanto, no cenário do Rio de Janeiro, um emaranhado de unidades blindadas e emolduradas em suas próprias práticas, certa dificuldade de diálogo, de construção de uma rede que efetivasse o andamento mínimo de fluxos de atendimento em saúde. Este era o calcanhar de Aquiles da saúde no estado. Fala corrente entre os diferentes atores sociais que vivenciavam o processo:

Rio de Janeiro com todas as suas complicações, sem rede articulada, com áreas de deserto de política pública de saúde, governos locais que não conversavam entre si e com baixa vontade política de articulação com governo federal. E então, a estratégia que fomos construindo nesse processo era, de alguma forma, induzir a produção de rede. Inicialmente entre os Hospitais Próprios (sob gestão federal do MS) e posteriormente irmos ampliando (Entrevista S3, In: Archanjo, 2010)

Era necessário colocar as unidades de saúde lado a lado para traçar um diálogo possível. Tratava-se de uma conversa com os hospitais federais e entre estes. Lateralizar as diferenças (de olhares, modos de ver), atravessar as práticas. Inicialmente um encontro que colocava lado a lado gestores e trabalhadores das unidades federais com representantes da Diretoria Geral dos Hospitais (DGH) e do Ministério da Saúde. Um encontro ainda sem timbre, sem nome. Era um encontro para discutir o que podia a Humanização como Política Pública nas unidades de saúde no Rio de Janeiro àquela época. Não era pouco. Juntar hospitais de robustez e blindagem como os do Rio de Janeiro era um passo importante a ser sustentando.

Um embrião que gradativamente montava as bases de um coletivo, um comum. Diferentes perspectivas que foram-se juntando com um interesse específico: enfrentar os desafios do cenário da saúde do Rio de Janeiro. Construir redes de cooperação. Diferenças que, no entanto, tinham como desafio a composição de um “modo de fazer”, uma metodologia para encaminhar os “nós” que se apresentavam nas discussões e reuniões.

Não misturar todas as unidades federais de uma só vez para não se perder no meio do emaranhado tornou-se necessário e estratégico para um primeiro momento. Era necessário estabelecer as trocas numa espécie de gradação. Experimentar a potência da troca e não um emaranhado enfraquecido, embaçado. Inicialmente foi criado um grupo com os hospitais pertencentes ao que foi denominado hospitais próprios (hospitais federais que pertenciam à administração direta do Ministério da Saúde)

Inicialmente, reuniam-se de maneira separada um pequeno grupo de hospitais universitários e um grupo maior, de unidades vinculadas de maneira direta ao Ministério da Saúde.

A itinerância fora estratégia montada para “entrar” em cada unidade. Os encontros, portanto, rodavam. Com propósito. Isso de alguma maneira fazia com que cada hospital se apresentasse e contasse um pouco sua história, trajetória, perfil de atendimento. Era uma

infiltração que tentava rachar blindagens. Um aproveitar este momento para convidar gestores e trabalhadores a analisarem as próprias práticas, seus processos de trabalho.

Digamos que não seja fácil mostrar (ou apontar) os móveis empoeirados e os bibelôs enferrujados aos que nos recebem em sua própria casa. Adotou-se uma outra experiência, a de positivar o que estava dando certo, abrir passagem, montar indicadores para práticas potentes. A primeira entrada foi, então, um grande rastrear pelo SUS que estava dando certo nestas unidades.

A heterogeneidade das experiências era um traço relevante neste grupo. Como juntar uma unidade especializada no tratamento de câncer, com outra focada em traumatologia ortopedia, um instituto de cardiologia e alguns hospitais gerais? A heterogeneidade neste grupo era experimentada como uma tensão (nem sempre positiva). Seria necessário buscar a positivação desta tensão, buscar a potência desta tensão como motor de troca e aprendizagem.

A iniciativa era fazer um disparo em frentes de trabalho que pudessem se infiltrar para alterar as práticas e os processos de trabalho nos hospitais:

Então, por exemplo, o INTO, que tinha um processo muito incipiente, no qual a maioria das ações de humanização eram festivas e funcionavam como ações anexas e distantes do cuidado e da gestão, para eles construir a possibilidade de ter o nome do paciente no leito, era uma enorme mudança de lógica. Para eles, era revolucionário, porque ninguém queria saber o nome do paciente, era o joelho 203, o fêmur do leito ao lado [...]. Então, todo o trabalho da representante do GTH foi buscar, garantir com os gestores a tal da plaquinha com um papelzinho para colocar o nome do paciente, ainda que a comemoração das festas de aniversário fossem também seu grande objetivo. (Entrevista S3, In: Archanjo, 2010)

Era necessário romper o caráter protocolar com que as reuniões entre MS e hospitais federais eram tocadas. Problematizar/tensionar eram palavras pesadas e negativas para os que nestas reuniões se viam no imperativo de ter que apresentar o “lado bom das unidades, os avanços, as conquistas, as histórias de vitória”. Como marcar uma diferenciação entre o

SUS que “estava dando certo” das “histórias de vitórias”? Como puxar as práticas potentes para a transformação da realidade da “história bonita” que não oferecia sustentação para os movimentos de mudança? Como manter a temperatura alta sem endurecer (ou ensurdecer) os processos em questão?

“Humanização não é caça às bruxas”. Uma marcação foi feita. Aos poucos foi-se rompendo a blindagem inicial, um certo medo de julgamento das ações e iniciativas das unidades. A relação chefe-subordinado com que o MS recorrentemente tocava as reuniões não se sustentara naquele espaço. Isto, em ato, representava a quebra de uma maneira vertical (e automática) de comunicação nas práticas de saúde. Experimentava-se ali um outro movimento, um atravessamento por elementos heterogêneos, práticas diferenciadas, numa conversa circular. Um exercício de não dar vez ao automatismo da relação chefe-subordinado que costuma pairar nas reuniões e fóruns do MS.

Experimentava-se então um outro funcionamento de gestão neste espaço. Uma gestão compartilhada, cooperada entre o grupo. Uma co-gestão. Sustentação coletiva dos processos que por ali circulavam, uma estratégia de construção de “uma rede solidária, de constituição de compromissos em torno da melhoria da atenção aos usuários e pela valorização dos trabalhadores da saúde” (Barros; Santos-Filho, 2007). Era entrar no movimento para, em meio a ele, ir montando um dispositivo fomentador de redes (de cooperação, de fluxos de atendimento, de trocas de experiência).

Inicia-se, no ano de 2004, um movimento denominado Humaniza-Rio, e, junto a ele, frentes de trabalho foram estabelecendo conexões, trocas e parcerias. Este movimento catalisa um grande encontro de dois dias que juntavam hospitais próprios, universitários e as unidades que estavam no QUALISUS²⁵. Era um primeiro movimento que unia hospitais universitários e a rede de hospitais federais, com a presença da secretaria executiva do MS, numa aposta de induzir e fortalecer as rodas de discussão no estado:

²⁵ O QUALISUS foi uma iniciativa que visava a construir estratégias de qualificação das urgências e emergências do SUS. Em 2004 o QUALISUS está na Secretaria Executiva do MS e compôs frentes de trabalho junto à PNH para iniciar um projeto-piloto nas urgências e emergências dos hospitais do Rio de Janeiro.

E aí foi a primeira experiência de por para conversar estas “ilhas”, o evento ocorreu no Inca e foi construído em parceria com os trabalhadores de lá envolvidos e participantes do grupo que fazíamos, eu e Adail, com os federais. A ideia era forçar e induzir uma ampliação das rodas que vínhamos construindo no trabalho do Rio. Montamos vários dispositivos, vários grupos de discussão heterogêneos, e foi muito interessante, porque ao mesmo tempo que ampliamos a roda o grupo participante inventou um nome-aposta: Humaniza Rio” (Entrevista S3, In: Archanjo, 2010)

Da noção que se trazia e das discussões que se traçavam no encontro, ficava claro, em meio às falas, que havia uma partição de pacientes: o paciente federal, o paciente estadual e o paciente municipal. Uma fragmentação dos fluxos de atendimento no próprio estado. E era justamente esta clareza que permitia, naquele encontro, abrir caminhos para outras composições, outros modos de fazer.

A intervenção federal do MS – tópico anterior - (2005) surpreendeu inclusive os próprios movimentos de intervenção que a PNH estava realizando em algumas unidades. Surpreendeu e de certa maneira produziu uma quebra na rede de cooperação, que, pouco a pouco, vinha tentando construir-se por dentro das unidades de saúde e entre estas. Houve uma reestruturação da própria coordenação da PNH durante esse período.

Após a retomada do movimento, notadamente após o segundo semestre deste ano, foi necessário tecer novas pactuações e retomar o processo de construção do que vinha denominando-se “uma rede solidária” que aumentasse a capacidade de produzir articulações a ações integradas, partindo da experiência singular de cada serviço/unidade hospitalar. A Política Nacional de Humanização (re)emerge, no Rio de Janeiro como “uma das políticas estruturantes e em necessária articulação com as demais políticas de atenção e de gestão para garantir sustentação/apoio com os estados e municípios no sentido de alterar o grave quadro de saúde da população fluminense” (Barros; Santos Filho, 2007)

O grupo de hospitais federais que vinha reunindo-se, mais ou menos mensalmente²⁶, remonta-se em meio à onda de reestruturação da Diretoria Geral dos

²⁶ Barros e Santos-Filho (2007) apontam que este grupo de representantes já em curso em 2005 constava de 19 unidades, que compunham um colegiado de diretores ou representantes: 6 unidades sob gestão do MS (Hospital Geral de Bonsucesso, Hospital Geral da Lagoa, Hospital Geral de Ipanema, Hospital Geral

Hospitais Federais do Rio de Janeiro (DGH) que constituía frentes denominadas Câmaras Técnicas para discutir e encaminhar as questões e os desafios da saúde no Rio de Janeiro. Era a retomada deste grupo, agora com o nome de Câmara Técnica de Humanização (CTH) num movimento de compor um *plano de humanização* e montar operações estratégicas atreladas a planos de ação para enfrentamento dos desafios que se apresentavam àquele momento.

Podemos dizer que a CTH é efeito de um segundo momento da Política Nacional de Humanização. Momento em que se avaliam os efeitos dos anos anteriores e é feita uma opção por “um investimento numa política mais intensiva do que extensiva (fazer conhecer a PNH, divulgar, trabalho realizado em 2004 e 2005). A ideia era (...) intensificar para mudar processos” (Entrevista S3, In: Archanjo, 2010).

Em algumas unidades houve uma entrada direta de consultores, denominada “apoio intensivo”, e, nas demais, o apoio seria intensificado através da CTH: Colocar os processos em análise, problematizar, abrir frentes de passagem, construir indicadores coletivos de alteração dos processos de trabalho com os representantes das unidades.

Os anos posteriores foram de reconfiguração das diretrizes. Encaminhamento dos planos de intervenção para enfrentamento dos desafios que foram delineados em eixos: acesso com responsabilização, vínculo e acolhimento; saúde do trabalhador, cuidando de quem cuida.

Havia, no entanto, um endurecimento das discussões após a intervenção federal do ano de 2005. Algumas frentes de trabalho se abriam, permanecendo com determinadas blindagens nas suas próprias práticas. A intervenção federal do ano de 2005 e o sequestro da autonomia da gestão municipal do RJ deixaram efeitos negativos sobre o arranjo de confiança costurado gradativamente com os coletivos do estado do Rio de Janeiro.

da Lagoa, Hospital Geral do Andaraí, Hospital dos Servidores do Estado); os Institutos (Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras, cinco polos do Instituto Nacional do Câncer, Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia) os Institutos de pesquisa ligados ao MS (Instituto Evandro Chagas e Instituto Fernandes Figueiras) e os hospitais universitários: Hospital Universitário Pedro Ernesto, Hospital universitário Clementino Fraga Filho e IPPMG, Hospital universitário Antônio Pedro e Hospital Universitário Gaffré Guinle)

Seria difícil (como ainda é) a retomada de um diálogo com os grupos de saúde do município e do estado. Os efeitos de reativação dos coletivos proporcionados pelo evento que abriu a proposta do Humaniza-Rio haviam se arrefecido ante os acontecimentos da intervenção federal. Um engasgo para os trabalhadores que apostavam em mudanças e que mantinham uma fala corrente, qual seja, “A frequência com que as coisas têm sido interrompidas no âmbito dos serviços públicos. A pouca propulsão que faz com que as atividades não ultrapassem o nível do projeto piloto”. Tem sido assim no Rio de Janeiro. Ótimas ideias, ideias brilhantes para transformação da realidade, dos fluxos de atendimento, da Porta de Entrada, indicadores para construção de resolutividade. No entanto, a grande maioria das atividades não consegue sustentar as apostas iniciais ou modulá-las para outras apostas ativas, que mantenham o caráter instituinte das práticas. Não obstante, são capturadas ou ressignificadas por lógicas de conservação, aquelas que abafam a força de alteração da realidade, a força-resolutividade que acompanha as práticas de mudança.

No Rio de Janeiro, parecia que a intervenção federal do MS havia rompido os pequenos laços que ainda demandavam tempo e relações de confiança para ganharem sustentação. As relações de confiança haviam-se fragilizado, estavam em carne viva. Era necessário remontar todo um cenário, fazer todo um rearranjo, inclusive, de confiança.

Em meio a este processo de fragilização e a recondução dos movimentos de humanização no final de 2005, a reunião mais ou menos mensal já realizada com os hospitais federais será um elo de fortalecimento para a retomada das discussões e a ativação dos processos de intervenção no estado. Era preciso, como indicaram Barros e Santos-Filho (2007), entrar no movimento, pegar o movimento.

A CTH, portanto, vem na esteira de um movimento de recondução das práticas de humanização, em que a PNH ganha força no Rio de Janeiro como uma das políticas estruturantes e em necessária articulação com as demais políticas de atenção e gestão para alterar “o grave quadro de saúde da população fluminense” após os acontecimentos de 2005. Emergem na confluência de dois grandes movimentos: a recondução das práticas de humanização no RJ e a formação de colegiados mensais, propostos pela Diretoria Geral dos Hospitais (DGH), denominados Câmaras Técnicas.

Pegar o movimento, entrar nele. Buscar conexões entre as ofertas da PNH e as práticas já em curso nas unidades. Esta foi a base de consolidação das discussões da CTH durante os anos posteriores. Essas discussões, de uma forma ou de outra, ajudaram a deflagrar movimentos de experimentação nas unidades hospitalares. A CTH veio se consolidando como um fórum mensal para colocar em análise as repercussões e efeitos das experimentações que iam fazendo-se nos campos de intervenção, nas unidades federais.

Como um jogo sempre vivo, modulante e provisório, este se constituiu como um fórum que, em co-gestão, discutiu como, onde e em que momento algumas intervenções ganhariam força e quando algumas práticas já haviam enfraquecido na capacidade de alteração da realidade de saúde. Construíram-se indicadores coletivos de gestão e infiltração dos processos de intervenção.

Em algumas vezes, concluiu-se que algumas ferramentas que serviram para as práticas de humanização abrirem passagem nos serviços, foram elas mesmas capturadas pelas lógicas contrárias às que se pretendiam. Foi o caso dos Serviços de Ouvidoria em algumas unidades, um mecanismo de escuta qualificada para transformação das práticas de saúde que em alguns lugares servira como um “olho” dos gestores/diretores, uma caça às bruxas. Foi o caso de algumas diretrizes, como o acolhimento, que se tornou, na mão de algumas unidades, práticas refinadas de triagem de usuários.

Em outros momentos víamos que a negociação com as direções das unidades para implementação de dispositivos e diretrizes ofertados pela PNH (acolhimento com classificação de risco, visita aberta, clínica ampliada, direito ao acompanhante, ouvidoria) se tornavam mais frentes de oposição e menos interferências que promoviam a mudança das práticas ou conferiam maior resolutividade.

E, entre processos de intervenção, planos de trabalho, curso de concentração, reuniões avaliativas e construção de indicadores, percebemos que alguns dos nossos mecanismos que havíamos inventado já se engessavam, estavam carentes das forças instituintes que propúnhamos cartografar. Tratava-se de um momento crítico. Fechamento de um processo e entrada de outro(s).

Era um momento crucial para incluir esses movimentos/momentos críticos como analisadores dos próprios processos empreendidos por nós. A crise, a partir do modo de fazer com que trabalhamos, indica menos um esgotamento deste processo e mais um rearranjo das forças que estão em jogo neste fórum. Fazia-se necessário, no entanto, colocar em análise os processos de intervenção e os movimentos próprios deste fórum.

Qual é o potencial de um dispositivo? Barros e Kastrup (2009) nos dão pistas:

O que caracteriza um dispositivo é sua capacidade de irrupção naquilo que se encontra bloqueado para criação. É o seu teor de liberdade em se desfazer dos códigos que dão a tudo o mesmo sentido. O dispositivo tensiona, movimenta, desloca para outro lugar, provoca outros agenciamentos. Ele é feito de conexões e ao mesmo tempo produz outras. Tais conexões que não obedecem a nenhum plano determinado, elas se fazem num campo de afecção onde partes podem se juntar a outras sem com isso fazer um todo. (Barros e Kastrup, 2009, p. 90).

Daremos relevo aqui ao potencial-disruptivo conferido a este fórum. Formulada no final ano de 2005 em meio ao processo de reestruturação da saúde no Rio de Janeiro, a CTH se lança como uma das frentes de combate para alteração do “grave quadro de saúde da população fluminense”. A CTH foi-se desenhando como uma rede solidária de articulações e de cooperações objetivando ações integradas na saúde deste estado. Havia-se um foco prioritário num movimento de cogestão deste espaço.

A CTH é, no momento, um espaço que alimenta e sustenta uma rede solidária de atores comprometidos com processos de mudanças e desverticalização nas instituições de saúde. Através do tempo, seus membros exercitaram a mutualidade, entendida como coparticipação e corresponsabilização com seu crescimento. Ela é o fórum onde se busca discutir e encaminhar decisões de ações e processos vinculados à PNH nas unidades hospitalares, permitindo pactuações eficazes e eficientes.

A CTH foi se tornando um dispositivo com função de referência para as unidades, e por meio dela foi se traçando uma rede. O movimento da CTH tem-se dado como uma espiral, com voltas progressivas possibilitando o resgate gradual e renovado das experiências com a Humanização e seus fatores intervenientes; das implicações dos sujeitos com elas e dos rumos que se podem dar a elas. (Carta-memória da CTH. Abertura do curso de Apoiadores, 2011)

Considerando a importância da diretriz de co-gestão para este espaço e apontando que já houve uma assimilação dessa diretriz ao movimento do próprio fórum, temos a intenção de enfatizar uma outra questão, qual seja: o potencial de sustentação de um fórum de construção coletiva no estado do Rio de Janeiro, dada a conjuntura que, por diversas razões, produz mecanismos de paralisação nos processos de intervenção, amortiza as iniciativas, abafa as mudanças na área da saúde.

Em tempos em que os projetos e as iniciativas são marcadas pelo caráter efêmero das gestões governamentais, um grupo de trabalhadores vem apostando, há quase uma década, em um fórum coletivo para promover a alteração dos processos de trabalho e dos modelos em saúde. Aposta de um coletivo que foi experimentando a sustentação de arranjos de confiança que lançam este coletivo para além dos projetos-piloto, na manutenção de uma agenda mensal para discussão e encaminhamento de planos de intervenção, construção de possíveis no cenário da saúde carioca.

Apontamos, portanto, o caráter-disruptivo deste fórum, atualmente, na constituição de frentes de referência para a formação permanente de discentes de algumas unidades de ensino superior do estado; na elaboração de rodas de conversa nas unidades, pequenos eventos e simpósios a propósito de temas que apostam na melhoria das condições de trabalho e na ampliação de acesso ao usuário, nos processos de discussão pormenorizada sobre o tema de redes no estado, no enfrentamento à fragmentação dos serviços de saúde, dos fluxos de atendimento e dos processos de trabalho e, sobretudo, no que a memória CTH aponta já em fins do ano de 2006 como dispositivo-função “de espaço de encontro e de voz dos trabalhadores. Isto certamente atende a uma necessidade frequente nas suas falas, que é o que colocam como necessidade de “paradas” para trocar ideias, conhecer e compartilhar o trabalho do outro, planejar e pensar o trabalho” (Memória CTH, 2006)

Em um estado marcado pela fragmentação das práticas e ações, talvez seja este o caráter potente da CTH_RJ, qual seja, o de produzir conexões, agenciamentos e também gambiarras, gatilhos, óculos de mergulho, pranchas de surfe, asas de sustentação, e, em meio a isso tudo, liga para produção e expansão de vida.

Ao fazer/refazer esta história, neste vai e vem, refizemos a nossa própria história. A ficha caiu. Nos momentos de crise, de dissolução de projetos, dos nossos próprios projetos, do nosso campo de pesquisa, das práticas e intervenções que fazíamos, este fórum engatilhou coletivamente mecanismos de sustentação e arranjos de confiança, em ligações telefônicas, em e-mails solidários e diferentes meios que serviam para dizer: “estamos aqui, estamos juntos!”.

Muitas vezes, uma das asas de sustentação do movimento de funcionar(io) público denominava-se CTH-RJ. A isso pudemos chamar, depois de andar por muitas teorias, de prudência. Com isso pudemos, depois de alguns passos, colocar os nossos processos de blindagem em análise e construir, gradativamente, fendas de porosidade, de oxigenação em novas apostas por uma saúde pública e de qualidade para todos e qualquer um.

Um dia, em um trabalhador, rompeu-se uma inquietude ante as burocracias mortificantes de seus próprios processos de trabalho. Essa inquietude rastreava vida por entre grupos de trabalho, comitês de humanização e planos de intervenção. Um dia pousou num tempo-espaço chamado Câmara Técnica de Humanização.

Assim como este um trabalhador, outros, cada um com seu próprio movimento de singularização, se encontraram com um desejo de produzir vida em meio ao fazer, desejo de fazer em meio à vida, desejo de vida. Cada história a partir de seu próprio movimento encontrou outras histórias na imantação de um interesse específico. Perguntamos: Existimos a que será que se destina? Insistimos, onde e quando se produz desejo em meio ao fazer!

(...) existe movimento, não apenas de resistência, mas de (re) existência. Estamos todos aprendendo novas formas de estar nos nossos trabalhos e na própria CTH.

A coisa mudou! A conjuntura política do MS quer privilegiar os territórios e a atenção básica em detrimento dos grandes hospitais (sobretudo os de alta complexidade) que sugam dinheiro da máquina pública e oferecem pouco resultado. No governo anterior o antigo ministro era do RJ e havia muita vontade política em reestruturar a rede hospitalar federal. A CTH emerge após o caos de 2005. Em outubro a PNH se alia a

DGH como política estruturante para formação da rede no RJ e lança, em meio à criação de outras câmaras técnicas, a CTH.

Era um carro-chefe não só do estado, mas da própria humanização, que pinça a coordenadora nacional (Regina Benevides) e seus principais consultores para fazer apoio intensivo em algumas unidades e na própria CTH. Estes ventos foram tocando este fórum até 2009, quando a coisa parece começar a mudar.

Eu sinceramente acho que a CTH está, desde que começou o curso, num movimento de desestabilização/reestabilização. Isto no nosso jargão se chama "crise", nome que aprendemos a incluir como um analisador do nosso movimento. Precisamos suspender os momentos de ventania e calma para pensar a crise como uma redistribuição das relações de força dentro da humanização e da saúde pública como um todo. Precisamos remontar as bases da CTH sob outros paradigmas e fazer o que intuitivamente já estamos fazendo (analisar as infiltrações, pegar o movimento dos motes, reconduzir os processos de trabalho).

Venho, no entanto, notando umas pequenas vibrações aqui e ali. Reverberando, amplificando. Algumas falas do mês passado foram um analisador importante. Devagarzinho há um movimento para ganhar a força.

Mas... e no âmbito micro, das pequenas práticas? Da gente *enquanto* membros da CTH? O que estamos fazendo com nós mesmos? Como fazer a força deste coletivo ainda mais forte para manter a força de um coletivo? O que estamos fazendo? O que precisamos fazer?

DESEMBARCANDO

ABRINDO CAMINHOS POSSÍVEIS DE VIDA

Era uma reunião inusitada. A ideia: tentar montar uma imagem de pensamento que equivocasse a noção de alternância comumente experienciada em jogos (também de vida). Quebrar a noção de que um lado necessitava ganhar para o outro perder. O movimento: construir um esquema que contemplasse um sistema de cooperação (quando todos reúnem esforços para ganhar, ou todos perdem). O exemplo: o dilema do prisioneiro:

Dois homens são acusados e presos em celas separadas (incomunicáveis). Os dois são submetidos a interrogatórios exaustivos. Quatro alternativas são dadas: Se nenhum deles confessar, cada um pega um ano de prisão. Se apenas um deles confessar, o que confessou pega cinco anos e o outro é libertado (e vice-versa); se os dois confessarem, pegam dois anos de prisão.

Deste exemplo e de alguns outros, as diversas teorias se juntam para entender a força dos esquemas de cooperação nos dias de hoje. Da filosofia à matemática aplicada, os cálculos (estes também) apontam uma coisa em comum: a força de cooperação é o grande “ouro” dos dias de hoje. O exemplo acima pontua isto. Caso houvesse um mínimo de cooperação entre os prisioneiros, os dois teriam o melhor resultado (confessando ou não). A força de cooperação constitui-se em uma arma de combate nos dias de hoje.

O esquema montado atualmente em diversos cenários, inclusive nos da saúde, nos apontam (no entanto e ainda) modos de funcionamento que separam, enquadram, adequam, tornam útil para gerar efeito de otimização (extração de forças úteis para geração de bens, produtos e serviços). Separar para co-ordenar. Juntar já num esquema de fragmentação – prisioneiro, operário, médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, maqueiro, ajudante.

Vivenciamos no cenário da saúde carioca, fragmentações de níveis diferenciados: de ações em saúde por categorias profissionais (médico, enfermeiro, psicólogo), de tipos de paciente (é o paciente da atenção básica, da alta complexidade, e não do SUS), de esferas de governo (paciente federal, paciente estadual, paciente municipal). Fragmentações que

têm revelado um enfraquecimento nas estratégias de luta, um arrefecimento no enfrentamento dos desafios atualizados pela história do SUS.

Numa outra dimensão, experimentamos graus de emboamento que embaçavam nossos campos de visão, turvavam as nossas capacidades de análise. Enfrentamos os mares da biopolítica. Algumas vezes tínhamos que dar uma parada para tomar fôlego e à medida que fomos aprendendo a surfar nas ondas, a vista foi-se desembaçando, desembolando, e pudemos evidenciar que existem outros mecanismos de captura que não aqueles apontados anteriormente que separam, adequam, enquadram. São modalidades contemporâneas de captura que “nos pegam” nos próprios movimentos que ensejamos liberar. Os paradoxos se expressavam em ato, no manejo de construção desta cartografia.

Não era o fim da história, tampouco de nossas intervenções. Eram rearranjos em novos movimentos de interferência. Tornava-se urgente pensar novos “modos de fazer”, para que construíssemos um nome – armas metodológicas. Diante das paisagens do cenário da saúde carioca, fomos montando e remontando nossas cartografias, lapidando as nossas armas, refinando as bússolas, tirando a poeira de algumas outras ferramentas e enchendo-as de histórias de vida, de modos de fazer que apostem não apenas no fortalecimento do SUS, mas no fortalecimento da própria vida dos que sustentam este sistema – seu João, Dra. Maria, Pedrinho.

Atravessando a turbulência dos paradoxos, tivemos um dos aprendizados a que pretendemos dar destaque nesta caminhada. Os movimentos de intervenção que ensejamos requerem prudência, uma espécie de autodefesa para preservar as mãos abertas. Um estômago com uma aposta ético-política: barrar as impurezas arrefecedoras para fazer vazar a vida em vontade de potência.

Por fim, pousamos na CTH, não para ficarmos parados. Iniciamos um processo de polimento desta ferramenta com novas histórias de vida. Polimos e sujamo-nos. Não há artífice de mãos limpas! Não há como contar uma história sem ser marcado por ela. São

marcas que contam a nossa própria história de vida e transformam-na. São marcas de histórias de vida.

Experimentamos com essa “arma” a força disruptiva que um movimento de cooperação parece possuir. Em cooperação fomos gradativamente construindo maquinas, artifícios, gambiarras e outros dispositivos que produzem composição aos movimentos. Romper os modelos fragmentados e institucionalizados de saúde, trazer força para quebrar bloqueios parece ser o que este coletivo vem experimentando nestes quase dez anos de caminhada. Fazendo-se e refazendo-se em dispositivos que vão mudando de expressão, mas que mantêm a sua força disruptiva no potencial de imantação de trabalhadores antes fragmentados pela separação de suas próprias unidades. Já não nos basta saber que juntos somos fortes, cabe-nos fazer outras perguntas e jogá-las ao próprio engendramento do viver: como manejar a força disruptiva produzida por esse coletivo? Com que prudência? Como criar instrumentos para rastrear o que nós mesmos produzimos? Como ampliar o potencial de contágio dessa rede cooperativa em novas práticas de intervenção?

Perguntas que vão-se fazendo em cascata, perguntas que não se deixam precipitar num fechamento. Antes anunciam outros novos movimentos. Abrem. Produzem outras entradas.

Uma vez nos perguntaram por que não conseguíamos fechar nossos processos de trabalho, de vida. Esta pergunta ficou guardada durante anos... Não soubemos o que responder. Guardada no corpo, ela foi, aos poucos, sendo esquecida. Do guardado e do esquecido, os anos se passaram em marcas e afetos.

Ao final deste projeto, a orientadora pontua: desembarcar não é necessariamente fechar, é se abrir para outros caminhos de vida, outras maneiras de viver. O tempo estava brincando... trouxe lembranças de perguntas passadas, ressignificou e abriu: Por que eu tenho que fechar?

Despeço-me aqui, acenando um até logo e deixando uma vírgula, de vida,

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, T. **Produção de saúde e Trabalho no Contemporâneo**. Dissertação de Mestrado. São Cristovão – SE. 2011.

ARCHANJO, J. **Política Nacional de Humanização: Reafirmando os Princípios do SUS**. Dissertação de Mestrado. Vitória. ES. 2010.

BARROS, M.; Heckert, A.; Passos, E. Um Seminário dispositivo: A humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. In: **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**. São Paulo, v.13. Fundação Uni/UNESP.

BARROS, Regina; KASTRUP, Virgínia. **Movimentos-Funções do Dispositivo na Prática da Cartografia**. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2009.

BARROS, Regina; SANTOS, Serafim. Câmara Técnica de Humanização como Dispositivo de Cogestão: Experimentando o Conceito de Rede. In: **Trabalhador da Saúde: Muito Prazer!** Protagonismo dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde, Ijuí: Ed. UniJuí, 2009.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A Cartografia como Método de Pesquisa-Intervenção. In: **Pistas do Método da Cartografia**. Porto Alegre: Ed. Sulina. 2009.

_____.A Humanização como Dimensão Pública das Políticas de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p.561-571, 2005.

_____. Humanização na Saúde: um Novo Modismo? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.9, n. 17, p.389-394, 2005.

BITENCOURT, Fábio. **Hospital dos Servidores do Estado**. Um Patrimônio de Saúde, Arquitetura e História. Rio de Janeiro, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1865-1874, 2007.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.

CARDOSO JR, Hélio. Deleuze e Bergson: Desejo como Problema do Inconsciente – Multiplicidade. **Revista Eletrônica do Instituto de Filosofia**. v. 2, 2009.

CARVALHO, Gilson. **A Saúde em Construção: Das Imagens às palavras – Encontro Entre Gerações**. Editora Saberes, 2011.

COSTA, Rogério. Uma Vida (nua) é como Piscina (sem água)? **Revista Galáxia**, São Paulo, n. 22, p. 171-183, dez. 2011.

CUNHA, Gustavo. **HumanizaSUS: A Clínica Ampliada. Brasília**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

COIMBRA, Cecília; NASCIMENTO, Maria Lívia. (2004). **Sobreimplicação: Práticas de Esvaziamento Político?** Disponível em <<http://www.slab.uff.br>>. Consulta efetuada em maio/2007.

DELEUZE, Gilles. **A imanência: uma vida**. Trad.: Tomaz Antonio Tadeu. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/7182897/Deleuze-Gilles-A-Imanencia-Uma-Vida>>. Acesso em: 18 junho 2012.

_____. Bartleby ou a Fórmula. In: **Crítica e Clínica**. São Paulo. Ed. 34, 1997

_____. Como Criar para Si um Corpo Sem Órgão. In: **Mil Platôs – Capitalismo e Esquizofrenia**. Rio de Janeiro. Ed. 34, 1996, v.3.

_____. Post-scriptum: Sobre as sociedades de controle. In: **Conversações**. São Paulo: Ed. 34, 1990, p. 219-226.

DESLANDES, S. **Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

FOUCAULT, Michel. A Governamentalidade. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979.

_____, Entretien avec Michel Foucault, 1980, In: **Dits Et Écrit**, vol II - 1976 - 1988, Paris, Quarto Gallimard, 2001, p. 860-861.

_____. Direito de morte e poder sobre a vida. In: **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. 8 ed. Rio de Janeiro: Graal, p. 127-136

_____. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976); tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999

FUGANTI, Luiz. **Saúde, Desejo e Pensamento**. São Paulo. Ed. Hucitec. 2008.

_____. Biopolítica e Produção de Saúde. Um outro Humanismo. In: **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**. São Paulo. V.13. Fundação Uni/UNESP.

FUKUYAMA, Francis. **O fim da história e o último homem**. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

JORNAL DO BRASIL – RJ – 2005 – **Ministro se perde na selva**.

PESSANHA, Juliano. **Certeza do Agora**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2006

KASTRUP, V. O Funcionamento da Atenção no Trabalho do Cartógrafo. In: **Pistas do Método da Cartografia**. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2009.

LAZZARATO, M. **As Revoluções do Capitalismo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

LISPECTOR, Clarice. **A Hora da Estrela**. Rio de Janeiro: Rocco, 2006.

MACIEL, A. O Problema da Escolha e os Impasses da Clínica na era do Biopoder. In: **Polifonias**. Rio de Janeiro, 2005.

MASSARO, A.; BARROS, F.; PESSATTI, M. **Cartilha HumanizaSUS: Ambiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MATTOS, Ruben. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. In: **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 1, 2009, p. 771-780.

MELVILLE, Herman. **Bartleby, O escriturário**. Tradução: Cássia Zanon. Disponível em <<http://pt.scribd.com/doc/6932900/Melville-Bartleby-O-Escriturario>>. Acesso em: 20 junho 2012.

MORI, Elizabeth; OLIVEIRA, Vânia. Os Coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH). A cogestão em ato. In: **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**. São Paulo, v.13. Fundação Uni/UNESP.

MORÍNIGO, Fábio. **A Inquietude do Trabalho Médico**. Rio de Janeiro – HSE 50 Anos. Ed. AACEA-HSE, 1997

_____. **Recortes na História do HSE**. Rio de Janeiro: Europa, 2008.

NEVES, C. **Interferir entre Desejo e Capital**. Tese de Doutorado. São Paulo. 2002.

NIETZSCHE, F. **Além do Bem e do Mal**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

_____. **Assim Falou Zaratustra**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

_____. **Genealogia da Moral**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

_____. **Ecce Homo**. Porto Alegre: Companhia das Letras, 2008.

NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.
HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: humanização como eixo norteador

das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. **HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS.** Brasília. Ministério da Saúde. 2008.

PARADA, R. A Construção do Sistema Estadual de Saúde: Antecedentes e Formas de Inserção. In: **Physis**, Rio de Janeiro, vol. 11, n. 1, 2001.

OLIVEIRA, Gustavo. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio.** Campinas: SP, 2011.

ORLANDI, Luiz. A respeito de confiança e desconfiança. In: **Franco TB, Ramos VC, organizadores.** Semiótica afecção & cuidado em saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2010, p. 17-34, v.1.

PÉLBART, Peter. **Vida Capital: Ensaio de Biopolítica.** São Paulo: Iluminuras, 2003. _____ . **Elementos para uma Cartografia da Grupalidade.** Disponível em: <http://www.rizoma.net/interna.php?id=189&secao=mutacao>. Acesso em: 02 julho 2012.

PASSOS, E. (org). **Cartilha HumanizaSUS: Gestão Participativa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

ROLNIK, S. **À Sombra da Cidade: Alteridade, Homem da Ética e Reinvenção da Democracia.** In: Magalhães, M. (org) Na Sombra da Cidade, São Paulo, Ed. Escuta. p. 141-170. 1993.

_____. Mal-estar na Diferença. In: **Anuário Brasileiro de Psicanálise.** Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1995.

_____. Pensamento Corpo e Devir. Uma Perspectiva Ético-Estético-Política no Trabalho Acadêmico. In: **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p.241-251, PUC/SP, 1993.

SPINOZA, B. **Ética.** São Paulo: Ed. Autêntica, 2009.

STIEGLER, Bárbara. **Nietzsche et la biologie.** Paris: PUF, 2001.

SCHWARTZ, Yves. **Trabalho e ergologia.** In: SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis. (Org.). Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Eduff, 2007.

APÊNDICE 1

RECEITA DE COMO FAZER UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Um novo hospital para uma nova prática médica hospitalar, atualizada, moderna e inovadora em nosso meio, revolucionário em nosso meio, revolucionário no campo da previdência social da época. [...] O impacto causado pela inauguração do HSE nos meios médicos foi extraordinário [...]. O exemplo do HSE começou a ser apontado ou seguido por quase todos os hospitais do país, da previdência social ou não. (Morínigo, 1997, p. 07)

Final da década de quarenta. Dez anos de espera e expectativa. O então presidente Dutra inaugura o Hospital do Servidor Público Federal. Manchetes dos mais lidos jornais traduzem os ares de *glamour* dos corredores repletos de mármore e granito, por onde, doravante, andarão figuras notáveis como senadores, ministros, artistas e o próprio presidente da república.

Havia um *status* de vanguarda por toda a unidade, refletido tanto nos olhares de profissionais altamente qualificados, criteriosamente escolhidos para constituir o quadro de funcionários, como no pioneirismo do projeto arquitetônico de Monobloco Vertical²⁷ no Brasil. Este Hospital, unidade oficialmente reconhecida como prestadora da assistência médica para os funcionários públicos federais de todo Brasil, doravante seria também referência da arquitetura ao atendimento médico. Esse era o *Slogan*.

Ineditismo e Independência seriam, a partir de então, as bandeiras levantadas no processo que colocava o HSE como modelo de referência. Era um período em que se delineavam os contornos do que se convencionou chamar “a época da hospitalização no Brasil”. Época em que, juntas, novas ideologias e estruturas se erguiam no cenário da saúde no Brasil.

Fazia-se necessário apagar da memória dos cidadãos a imagem de hospital como meio filantrópico comumente coordenado por religiosos para abrigar indigentes e afins. Era necessário trazer as inovações arquitetônicas que transformavam os ambientes escuros e

²⁷ O Monobloco Vertical foi uma concepção de projeto arquitetônico de saúde que rompia com os padrões clássicos de hospitais pavilhonares do estilo europeu, que ocupavam vasto espaço e custo elevado. O projeto do HSE inaugura o modelo de hospital-prédio, formado por pavimentos tipo e localizado numa região central do Rio de Janeiro, o bairro da Saúde.

mal ventilados em áreas que atendessem à reabilitação de um verdadeiro tratamento médico.

Em nome da inovação, e travestidos de assepsia, o ideal de trabalho e ordem podiam ser percebidos desde os horários rigidamente controlados às vestimentas rigorosamente uniformizadas. Homens de calça e camisa branca de botão – uma novidade na época para o Brasil –, enquanto para as mulheres cabia a manutenção das antigas tradições no uso das saias. A missão era oferecer o melhor atendimento aos pacientes que precisassem dos cuidados do hospital, do servente aos cargos de mais alto escalão do governo.

O monobloco vertical, nesse contexto, fora projetado de maneira a favorecer os banhos matinais de sol e a ventilação entre os vãos e as enfermarias do hospital. E ao contrário de outros hospitais (supostamente não tão bem estruturados), sublinha uma nova estrutura de interligação entre clínicas, bem como a inauguração do prontuário centralizado com a função de circular por todo hospital, sendo capaz de acompanhar o quadro histórico de cada paciente. Inovações no cenário hospitalar nacional.

A nobre subordinação, que ligava o HSE diretamente ao gabinete da presidência da república, lhe concedeu, dentre os vários benefícios, autonomia administrativa e financeira. Num país onde o sistema público, no que concerne à assistência médica, era incipiente e dependia da caridade dos movimentos religiosos, filantrópicos e paternalistas, a referência de modernidade e qualidade era uma conquista que se fazia, não obstante, no agudo contraste com o caos instalado no setor saúde.

Em meio a um ambiente de completa desassistência em saúde havia a conquista festejada por uma categoria que se regozijava em antecipar o fato de ter a saúde como um direito socialmente reconhecido, tornando o Estado responsável pelo benefício.

O Hospital dos Servidores do Estado foi concebido desde os primórdios, para ser uma instituição que viesse a servir à classe de funcionários públicos[...] O Servidor Público mais modesto deixaria de ser um indigente, para se erguer como um cliente, com prerrogativas, direitos e deveres em relação ao futuro do Hospital. (Morínigo, 1997, p. 06)

Mais do que a assinatura para a construção de uma unidade de assistência para o servidor público federal, nasce do Governo desenvolvimentista de Vargas, uma ideia. Sob a égide da ideologia de modernização do Estado, Vargas, no sentido de desenvolver e fazer funcionar uma máquina administrativa, investe na valorização do servidor público. Por

meio de decreto lei, institui o dia do funcionário público, legitimando com esse ato a importância dessa categoria no seu projeto estadista para o desenvolvimento nacional. Uma nova era se instalava também para os funcionários públicos, na qual os contornos de exclusividade delineavam a construção prestigiosa de uma categoria.

UMA BREVE PAUSA...

HSE – IPASE – MEDICINA PREVIDENCIÁRIA

Entre a assinatura de Vargas e a inauguração desta unidade hospitalar, treze anos se passaram. Neste período (1934-1947), os servidores públicos assistiam a todo esse movimento sem ter qualquer modelo regimentado em relação à assistência em saúde. Morínigo (1997) afirma que não havia qualquer modelo de assistência médica voltado para o servidor público na capital federal ou fora dela. Aos que não tinham condições financeiras, restava-lhes procurar os abrigos e hospitais filantrópicos para alguma tentativa de atendimento. Um hospital localizado em área central da capital federal era o sonho para solução dos problemas de saúde que, não obstante, afastavam os funcionários públicos de suas atividades laborais.

Os servidores faltam ao trabalho frequentemente por doença ou doença em pessoa de sua família, que são obrigados a acompanhar ao consultório de um médico, ou para fazer exames, ou frequentemente tratados por favor, ou como mendigo, ou com má vontade e indiferença, e sempre com espera prolongada. (Paiva, 1937 apud Morínigo, 1997, p. 31)

Nesse ínterim, quando o HSE ainda estava em construção, é criado, em 1938, o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE). Aos poucos, ia sendo constituída uma organização de seguridade social para o servidor público federal. O cenário começava a mudar.

As estruturas do pomposo monobloco vertical se erguem, enquanto, a despeito de sua demora, caem os presidentes. Fim da Era Vargas. Dutra assume e inaugura o hospital do Servidor Público.

Era ano de 1947. Período onde os IAPs²⁸ se multiplicam, cada um com diretriz e modo de funcionamento próprios. A separação saúde pública x medicina previdenciária aparece com maior evidência. A estrutura administrativa do Ministério da Saúde a essa época serve para cuidar das questões de endemias rurais e epidemias. Os IAPs continuam responsáveis pela assistência médica.

Via de regra, as presidências de cada IAP, juntamente com a do IPASE, eram nomeadas pelo presidente da república. Após 1945, os institutos, no sentido de criarem um conjunto de serviços que comportassem um sistema de previdência, procuram expandir sua atuação. Entretanto, a gestão financeira dos IAPs já não ia muito bem. A qualidade de atendimento e de assistência de grande parte dos institutos já estava comprometida. Havia um sentimento de uniformização do sistema previdenciário em nome de maior racionalização administrativa. Nesse sentido, é criada a lei que cria o Instituto dos Serviços Sociais do Brasil (1945), que, no entanto, não é implantada. A indicação do Ministério é fazer uma centralização no sentido de organizar o sistema.

Em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) antecipa um movimento do Estado no sentido de uniformização do sistema, incluindo aí alguns auxílios como os de natalidade, auxílio reclusão, funeral, etc. Essa lei procura abranger um maior número de segurados, entre eles, os profissionais liberais.

Segue-se o período ditatorial, quando as políticas assistencialistas são priorizadas como forma de conciliar as pressões sociais. Em 1966, os militares criam o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando os antigos Institutos de Aposentadorias e Pensões que eram ligados às unidades sindicais. Entretanto, mesmo observando que o INPS foi uma unificação e de responsabilização do Estado pela saúde, não são incluídos nesse sistema os funcionários públicos. O HSE permanecia ligado ao Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE) com o objetivo de prestar assistência aos servidores públicos.

²⁸ Instituto de Aposentadoria e Pensões. Trata-se de um dos modelos previdenciários inicialmente experimentados no Brasil. Cada sindicato possuía o seu, e este englobava, geralmente, aposentadorias, pensões e assistência médica. Eram organizadas sob responsabilidade das entidades sindicais, mas reguladas pelo Estado. Neste período, tinha direito à assistência médica apenas quem possuísse carteira assinada. Era o que denominavam cidadania regulada.

Com exceção da estrutura inédita e exclusiva do HSE, o restante da rede federal de saúde da capital, no geral, era carente de modernizações devido à escolha por uma política governamental de contenção de gastos públicos com a assistência em benefício do investimento em ações políticas mais gerais. (Morínigo, 1997, p. 54)

Apesar de um sistema de arrecadação previdenciária para manutenção da saúde, o que se tinha como realidade eram unidades sucateadas e carentes por investimentos durante o período ditatorial, inviabilizando, inclusive a manutenção de muitas delas. O HSE, lançando mão do prestígio e da exclusividade, assinala nessa época sua excelência, marcando, mais uma vez, no contraste e na nobre subordinação, sua referência de hospital classe A, regido por regra específica, independente do movimento nacional que procurava uniformizar todo sistema previdenciário.

No final de 1966 através do decreto 72 de 21/11/1966, em nome de uma racionalidade técnica e administrativa, verificou-se a fusão dos IAPs e também do Samdu e o SUSERPS. Foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social, excluindo-se o IPASE (Morínigo, 1997, p. 112)

O IPASE permaneceu à margem dessas modificações pela sua característica de atendimento ao servidor público, diferente dos outros IAPs, onde houve gestão Tripartite: União, empregadores, empregados. (Morínigo, Fábio, 1997, p. 113)

A característica de exclusividade ao servidor público permaneceria ileso por mais doze anos. O sentimento de conquista, semeado durante vários governos populistas em relação ao funcionalismo público tinha como um de seus efeitos o ar de patrimonialidade da unidade hospitalar.

Da inevitável comparação com as outras unidades federais que atendiam ao grande público, o HSE mantinha a robustez de receber de maneira inédita na América Latina a classificação de Hospital Classe A pela *Joint Commission for Accreditation of Hospital*, a organização internacional que credenciava os hospitais de qualidade à época.

Nobre subordinação, exclusividade de uma categoria e ar de patrimonialidade eram as características de uma unidade hospitalar anunciada na “Voz do Brasil” como orgulho nacional, mas onde poucos de fato tinham o prestígio de poder usufruir.

I.3 QUEM SÃO ESSES ESTRANHOS A QUE SOMOS OBRIGADOS A ATENDER?

[...] Apesar de maior arrecadação, a falta de investimento público em estrutura e em aumento de pessoal resultou na dificuldade de atendimento de toda população..., a opção foi direcionar também à iniciativa privada os recursos públicos destinados à necessidade de ampliação do sistema. Este sistema foi se tornando cada vez mais complexo dentro da estrutura do INPS..., o que acabou levando à criação de uma estrutura administrativa própria, o Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1978. (Bitencourt, 2007, p. 55)

A reestruturação de todo sistema de previdência e de assistência médica é atribuída e justificada pela ampliação e complexificação do sistema, principalmente por conta do crescimento acentuado de uma iniciativa privada conveniada ao INPS durante o governo militar. Isso somado às fraudes e às cobranças indevidas de procedimentos inexistentes, ao sucateamento das unidades, fruto da escassez de investimentos devido aos direcionamentos múltiplos a que eram dadas as verbas em saúde, unificou o sistema de previdência sob o nome de SINPAS - Sistema Nacional de Previdência Social – que reunia o INPS, INAMPS e o IAPAS (Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social) e reestruturou outros órgãos ligados à saúde e à previdência. O INAMPS seria a unidade específica para prestação de assistência hospitalar aos funcionários privados e os funcionários públicos civis.

Essa nova estruturação outorga a subordinação do HSE ao INAMPS por imposição administrativa, dissolvendo o IPASE. Entretanto, o que se configurou no papel não correspondeu ao plano prático. Havia uma recusa da unidade à nova vinculação.

São sinalizadas nesse período as primeiras crises institucionais pelas quais passa o hospital, e, entre elas, a resistência do hospital em ser subordinado ao INAMPS sob a afirmação de que a qualidade no atendimento, uma garantia desde sempre assegurada na unidade, passaria a ser comprometida.

Toda uma literatura de registros do hospital e de periódicos da época sinaliza que a partir desse momento houve um desmonte no funcionamento da unidade, resultando na queda da qualidade dos atendimentos, na diminuição no tempo de atendimento e na falta de

tempo para discussão de casos devido à grande procura dos enfermos de todos os lugares do Rio de Janeiro por causa do “prestígio” do hospital.

O hospital começou a decair quando ele deixou de ser um hospital dos servidores do Estado, dos servidores federais, para ser um hospital do INAMPS. E isso se deu no final da década de 70. O hospital passou a atender acima de sua capacidade por ser um hospital com muitos recursos e conceituado. Isso destruiu toda a organização do hospital. Porque o volume de atendimentos dentro do ambulatório e o número de internações eram de tal ordem que começou a decadência do hospital. (Dickstein, 1978 apud Bittencout, 2007, p.56)

Todo um movimento de resistência passou então a tomar conta do hospital, desde os serventes até os funcionários que assumiam os postos de direção do hospital. E vários episódios constituíram os tensionamentos de uma unidade que segundo os próprios funcionários diziam “Nasceu com um propósito diferenciado”.

Em meio à resistência contra o INAMPS, ao despreparo e à recusa das mudanças na política institucional até então vigente, surge também um movimento interno. Médicas residentes resolvem romper com os rigores do regulamento hospitalar que proíbe de maneira veemente o uso de calça comprida pelas funcionárias do hospital, aderindo o pensamento já adotado pelo INAMPS.

Em reunião de chefia, sob a alegação de manutenção da tradição, Morínigo (1997) afirma: “Nela ouvi as mais incríveis declarações sobre o uso de calças compridas pelas mulheres, como se entre os presentes não estivessem pessoas com parentes mulheres que fizessem o uso de calças compridas”.

O Globo – RJ – 20/07/1979 – HSE pune médicas por usarem calças

Houve determinação do corte de ponto das residentes e de funcionárias que usassem calças compridas nas enfermarias. Um movimento interno a favor do uso de calças compridas teve início pela associação de médicos residentes sob a alegação de que o uso de calças compridas já era adotado em todas as repartições do país, recorrendo ao presidente do INAMPS, que “mandou lembrar ao diretor” que não havia mais regulamento do HSE, haja vista a extinção do IPASE, que o regulamento que regia tal unidade era do INAMPS, onde a calça comprida já era usada, sem atrapalhar o funcionamento das unidades.

O Globo – RJ – 21/07/1979 – Médicas podem usar calças compridas, determina Groeff.

Mais do que uma simples dissidência num momento crítico da história do hospital, este episódio coloca em evidência uma certa heterogeneidade de pensamentos no seio hospitalar, onde a austeridade tradicionalmente mantida por regulamento apresentava seus primeiros sinais de rachadura numa máscara sustentada por mais de 30 anos.

A crise administrativa entre o HSE e o INAMPS estava instalada. Em outubro de 1979, o diretor convocou a imprensa comunicando o rompimento com o INAMPS e acusando-o de “ser incapaz, incompetente e sem gabarito para dirigir a assistência médica brasileira. [...] De impor ao HSE uma administração decadente e uma total falta de condição de trabalhos para os médicos” (Morínigo, 1997), fazendo um movimento de não aceitar outros pacientes para atendimento que não os funcionários públicos. Frente às oposições em aceitar atendimentos dos segurados, o Ministro da Previdência Social certo dia apareceu no ambulatório do HSE e confirmou que todos os médicos estavam ociosos, sem atender pacientes. Esse fato fez com que o ministro chamasse a imprensa para afirmar que o HSE precisava ser aberto à população em geral.

Acusado de insubordinação e desrespeito à hierarquia funcional pelo presidente do INAMPS, o diretor foi afastado. Entretanto, o presidente da Associação de Servidores se apresentou para endossar denúncia de desarticulação do sistema hospitalar do HSE e tentar estabelecer formas de diálogo com o INAMPS para o que chamou de manutenção da qualidade na assistência médica do hospital.

Às vésperas da década de 80, o novo diretor empossado assina a primeira portaria determinando que todos os setores do HSE passassem a atender quaisquer trabalhadores sem qualquer discriminação. Entretanto, já era evidente a não aceitação da nova condição do HSE à subordinação de outro sistema.

Tentava [...] vencer a grande má vontade da Previdência Social, como um todo, em relação ao HSE. O HSE, pelo fato de ter sido privilegiado, agora tinha que expurgar sua culpa de ter sido o filho preferido beneficiado pelas benesses oficiais. (Morínigo, 1997, p. 144)

Havia o temor generalizado de contingenciamento de verbas que, segundo muitos, inviabilizaria a manutenção digna para uma unidade hospitalar. Aos poucos a trama que constituía o HSE, com seus contornos e urdiduras, e sua contextualização histórica iam mudando. Em meio a novos desenhos e riscos, o HSE tentava se adequar à nova realidade de uma unidade pública de saúde voltada ao atendimento do público em geral. Doravante, experimentava-se a inusitada e difícil realidade do que denominavam “a política do cobertor curto” (para cobrir um lado, precisava-se descobrir outro), que tinha os entraves, problemas e especificidades de uma unidade vinculada ao INAMPS.

Jornal do Brasil – RJ – 20-08-1987 – HSE é Imagem Ambígua de Sofisticação e Carência.

Depois de mais de 30 anos de dedicação exclusiva de assistência médica aos Servidores Públicos Federais e gozando o privilégio de ser referência na América Latina, a expressão da resistência contra a subordinação ao INAMPS se dá na interpretação clara de incorporação ao sistema como sinônimo de decadência e de perda de direitos. Todo um arsenal de argumentos é montado no sentido de evidenciar tais aspectos, e o que podemos perceber como um dos efeitos deste processo é a produção de uma relação hostil com os usuários, estes “estranhos que temos que atender”, como extensão da resistência a esta subordinação ao INAMPS.

Não cabe imputar juízo de valor às expressões de resistência produzidas nessa época. Mais que certas ou erradas, elas evidenciam muito do que ainda continua sendo o modo de fazer saúde que o HSE escolheu para si, agregando a isso as marcas dessas lutas de resistência nas práticas atuais.

Nesse sentido, o jargão “unidade de portas fechadas” tão utilizado por usuários e trabalhadores de outras unidades que não conseguem, mesmo com referência, atendimento na unidade, atualiza na história do hospital os resquícios de uma unidade cuja manutenção/formação de rede, mesmo que pretendida, normalmente é preterida. A nostalgia é um refluxo que volta sempre nos momentos de confronto com a dura realidade. As falas de que “aqueles é que eram bons tempos, quando tudo funcionava e éramos bem tratados” aparecem sempre como queixa a partir da comparação com o presente e nesse sentido perdem toda potência de possíveis demandas para transformação do agora.

Podemos pensar que o dizer “não ao usuário e suas necessidades de saúde” evidencia a naturalização desta história, na qual o usuário do SUS e os processos de articulação com a rede aparecem, ainda hoje, como “o inimigo a combater”. O usuário é visto como o responsável pelo sucateamento da unidade e pelo fim de “seus tempos de glória”, e a articulação com a rede seria a concretização da “perda de poder” desta unidade-ilha, que se basta e tem como interlocutor privilegiado e único o Ministério da Saúde. Há neste funcionamento um deslocamento despolitizador que, apesar de entendido como ‘resistência política’, pouco interroga a verticalização das políticas de saúde estatais. Outrossim, dificulta a conexão com a rede, individualizando na relação com o usuário e a rede a culpa por todos os problemas vivenciados pelos trabalhadores em seu processo de trabalho. Pois, como manter um processo de trabalho pautado por uma racionalidade afinada com esta “história perdida” na conjuntura e necessidades atuais do SUS?

A estrutura do modo de funcionamento hospitalar, já bastante modificada, ainda tenta a duras penas internalizar o verbete que consta nos quadros de cada setor da unidade, lembrando a missão do HSE: “Promover atenção humanizada à saúde, integrada aos princípios do SUS”. Um mantra que insiste em retorcer os fios do que se entende por atenção humanizada ou por princípios do SUS, capturando-os numa lógica cristalizada e redutora da potência de determinados dispositivos.

O desafio colocado a partir desse contexto está em equivococar o entendimento do público, não como corporativo, mas como público da *res publica*, da coisa pública, do coletivo. Equivocar o advento desse público, entendido no início como decadência, transformando-o em potência, potência de criação, de inventar novos modos de fazer saúde, que se coadunem ou que respondam de uma maneira mais satisfatória às demandas de hoje. Acima de tudo, ter a história como análise e criação de outras possibilidades, e não como nostalgia sintomática que paralisa processos de invenção para modificação do agora.